د. بيسيل فان دير كولك

جسمك يتذكر كل شيء

الدماغ والعقل والجسم في عملية الشفاء من الصدمة النفسية





ترجمة: محمد الدخاخني

«واضح ورائع ويصعب التوقف عن قراءته، ومليء بدراسات الحالة المهمة... قدَّم هذا الكتاب مجموعة من أهم الإنجازات في مجال الصحة العقلية خلال الأعوام الثلاثين الماضية»

- نورمان دويدج، مؤلف كتاب «الدماغ يغير نفسه»

د. بيسيل فان دير كولك

جسمك يتذكر كل شيء

الدماغ والعقل والجسم في عملية الشفاء من الصدمة النفسية



ترجمه عن الإنجليزية

محمد الدخاخني



قالوا عن هذا الكتاب



«يقول بيسيل فان دير كولك في «جسمك يتذكر كل شيء» إن كلًّا من الصدمة التي يُسبِّبها التعرض للإهمال في مرحلة الطفولة، والاعتداء الجنسي أو المنزلي، والحرب تنشر الخراب في أجسامنا... يعتمد فان دير كولك على ثلاثين عامًا من الخبرة ليحاجج بقوةٍ بأن الصدمة واحدة من أكثر قضايا الصحة العامة إلحاحًا في الغرب... هذا الكتاب، المليء بالعلم والقصص البشرية، يُعدُّ قراءة مكثفة. إن معاناة وصمود مرضاه شيء مؤثر للغاية».

– شوني بهاتاشاريا، «نيو ساينتيست»

«يمكن أن تكون مناطق الحرب أقرب مما تعتقد، كما قد يشهد على ذلك ٢٥ في المائة من المواطنين الأمريكيين الذين نشأوا مع أقارب مدمنين على الكحول. علاوة على ذلك، يحاجج الطبيب النفسي بيسيل فان دير كولك بأن الصدمة الشديدة «مشفَّرة في الأحشاء»، وتتطلب مقاربات مصمَّمة خصوصًا لتمكين الناس من الشعور بالراحة العميقة من الاهتياج والعجز. في سردية مليئة بعقود من النتائج ودراسات الحالة، يتتبع تطور العلاجات من «الهراوات الكيميائية» في السبعينيات من القرن العشرين إلى الارتجاع العصبي، واليقظة العقلية، وتقنيات دقيقة أخرى».

– «نيتشر»

«قدرٍ مذهل من المعلومات حول كل جانب تقريبًا من جوانب تجربة، وبحوث، وتدخُّلات، ونظريات الصدمة جُمع في هذا الكتاب، الذي... له طابع شمولي بشكل واضح. يشير العنوان إلى أن ما سيُستكشف هو كيفية احتفاظ الجسم ببصمات الصدمة. ومع ذلك، فإنه يقدم أكثر من ذلك بكثير، متعمِّقًا في كيفية تأثُّر الدماغ بالأحداث الصادمة الغامِرة، وهو مزوَّد بأقسام عن علم الأعصاب تعتمد على دراسات المؤلف العديدة

وكذلك تلك الخاصة بأقرانه. بالإضافة إلى ذلك، فإنه يبحث في آثار أنماط التعلُّق المعاكسة في مرحلة الطفولة، وإساءة معاملة الأطفال، والإساءة المزمنة وطويلة الأمد... هذا الكتاب منجم ذهب حقيقي من المعلومات».

– «المجلة الأوروبية لعلم الصدمات النفسية»

«الدكتور فان دير كولك... كتب كتابًا رائعًا ومُمَكِّنًا عن الصدمة وآثارها. إنه يستخدم علم الأعصاب الحديث لإثبات أن الصدمة تؤثر جسديًّا في الدماغ والجسم، مسبِّبة القلق، والاهتياج، وعدم القدرة على التركيز. يعاني الضحايا مشكلات في التذكُّر، والثقة، وتكوين العلاقات. لقد فقدوا السيطرة. على الرغم من أن التقارير والمناقشات الإخبارية تميل إلى التركيز على قدامى المحاربين، فإن الأطفال المعتدى عليهم، وضحايا العنف المنزلي، وضحايا جرائم العنف يعانون أيضًا. باستخدام مزيج من تقنيات العلاج التقليدي والعلاجات البديلة مثل «إزالة التحسس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين»، و«اليوجا»، والارتجاع العصبي، والمسرح، يمكن للمرضى استعادة السيطرة على أجسامهم وإعادة توصيل أدمغتهم حتى يتمكنوا من إعادة بناء حياتهم. يستخدم المؤلف تواريخ حالات لتوضيح هذه العملية. يُضمِّن قائمة مراجع، وببليوجرافيا، وملاحظات شاملة. هذا الكتاب سهل الفهم يقدِّم الأمل والإلهام لأولئك الذين يعانون الصدمة وأولئك الذين يعتنون بهم. إنه إضافة رائعة إلى مجموعات المكتبات كافة».

– «جمعية المكتبات الطبية»، قسم اتصالات المستهلك

«كتاب جديد رائع يجب أن يقرأه كل شخص معني بالصدمة وأن يكون متاحًا له... مكتوب بشكل جميل، ومُقنِع، وجارف في رؤيته الكبرى لدمج المقاربات الطبية، والنفسية، والمختلطة أو البديلة، بناءً على قراءة متأنية للعميل ونظرة شاملة تتضمَّن العقل والجسد... هناك عدد قليل جدًّا من الممارسين الذين لا يمكنهم التعلُّم من هذا الكتاب، من خلال قراءته ودراسته، ليصبحوا أكثر فعالية، وإلهامًا أيضًا».

– هنري ستريك فان لينشوتين، النشرة الإخبارية لـ«الجمعية الأوروبية للصدمة والانفصال»

«يمكن أن تصيب الصدمة النفسية أي شخص، ليس فقط الجنود، أو اللاجئين، أو ضحايا الاغتصاب... هذا الكتاب المهم والمفيد يعطي معنى للمعاناة ويوفر فرصة للشفاء».

– «بو كليست»

«شامل في النطاق. هذا العمل القيِّم... يوفر الأمل لملايين المتألمين وأسرهم في سعيهم للحصول على علاج فعَّال وتخفيفٍ من الألم المستمر للصدمة».

- «لايبراري جورنال» (مراجعة مميَّزة بنجمة)

«تجمع تُحفَة الدكتور فان دير كولك بين الفضول اللامحدود للعالِم، وسعة اطِّلاع الباحث، وشغف راوي الحقيقة».

- جوديث هيرمان، دكتورة في الطب، أستاذة الطب النفسي السريري بكلية الطب بجامعة هارفارد؛ مؤلفة كتاب «الصدمة والتعافي»

«هذا كتاب رائع للغاية، وكتبه بوضوح أحد أكثر أطباء البلاد خبرة في مجال الصدمة العاطفية. يساعدنا «جسمك يتذكر كل شيء» على فهم الدور الذي تلعبه تجارب الحياة في أداء أجسامنا والخلل في أدائها، بعد أعوام».

- فينسينت ج. فيليتي، دكتور في الطب، رئيس الطب الوقائي فخريًّا بـ«كايزر بيرمانتي سان دييجو»، والباحث الرئيسي المشارك في دراسة «تجارب الطفولة السلبية»

«في هذا العمل المُلهِم الذي ينسج بسلاسة الملاحظة السريرية الثاقبة، وعلم الأعصاب، والتحليل التاريخي، والآداب، والسرد الشخصي، خلق الدكتور فان دير كولك دليلًا موثوقًا لآثار الصدمة ومسارات التعافي. الكتاب مليء بالحكمة، والإنسانية، والرحمة، والبصيرة العلمية، المستقاة من حياةٍ من الخدمة السريرية، والبحوث، والإسهام العلمي في مجال كربِ الصدمة. كتاب يجب أن يقرأه مهنيُّو الصحة العقلية وغيرهم من المتخصصين في الرعاية الصحية، والناجون من الصدمة، وأحباؤهم، وأولئك الذين يسعون إلى حلول سريرية، أو اجتماعية، أو سياسية لدورة الصدمة والعنف في مجتمعنا».

- راشيل يهودا، دكتوراه، أستاذة الطب النفسي وعلم الأعصاب ومديرة قسم دراسات كرب الصدمة بكلية ماونت سيناي للطب، نيويورك

««جسمك يتذكر كل شيء»، الذي يحبس الأنفاس من نطاقه واتساعه، هو عمل مؤثِّر أَلَّفه أحد الرواد البارزين في أبحاث الصدمة وعلاجها. يوحِّد هذا الكتاب الأساسي علم الأعصاب المتنامي لأبحاث الصدمة مع الموجة الناشئة من العلاجات الموجهة نحو الجسم، والممارسات التقليدية للعقل / الجسم التي تتجاوز تخفيف الأعراض وتربطنا بطاقتنا الحيوية وحضورنا هنا والآن».

- بيتر أ. ليفين، دكتوراه، مؤلف كتاب «في صوت خفي: كيف يتخلص الجسم من الصدمة ويستعيد الجودة»

«في «جسمك يتذكر كل شيء»، نشارك رحلة شجاعة المؤلف إلى العوالم الانفصالية الموازية لضحايا الصدمة والتخصصات الطبية والنفسية التي تهدف إلى توفير الراحة. نتعلَّم في هذا الكتاب المُقنِع أنه بينما تحاول عقولنا يائسة ترْك الصدمة وراءها، فإن أجسامنا تجعلنا محاصرينٍ في الماضي مع مشاعر وعواطف صامتة. تتدهور حالات الفصل الداخلي هذه إلى تمزُّقات في العلاقات الاجتماعية مع آثار كارثية على الزيجات، والعائلات، والصداقات. يقدِّم فان دير كولك الأمل من خلال وصف العلاجات والاستراتيجيات التي ساعدت مرضاه بنجاح على إعادة ربط أفكارهم بأجسامهم. نترك هذه الرحلة المشتركة ونحن على دراية بأنه فقط من خلال تعزيز الوعي الذاتي واكتساب إحساس داخلي بالأمان، نختبر، بوصفنا كائنات، كامل ثراء الحياة».

– ستيفن و. بورجيس، دكتوراه، أستاذ الطب النفسي بجامعة نورث كارولينا، تشابل هيل؛ مؤلف كتاب «نظرية التعدد المبهمي: الأسس الفسيولوجية العصبية للعواطف، والتعلُّق، والتواصل، والتنظيم الذاتي»

«سيكون هذا الكتاب الاستثنائي من كلاسيكيات الفكر النفسي الحديث. لا يمكن فهم تأثير التجربة الغامِرة بشكل حقيقي إلا عندما تُدمج العديد من مجالات المعرفة المتباينة، مثل علم الأعصاب، وعلم الأمراض النفسية التنموية، وعلم أعصاب العلاقات الشخصية، كما يفعل هذا العمل بشكل فريد. لا يوجد مجلَّد آخر في مجال كرب الصدمة قد استخلص هذه المجالات من العلوم بمثل هذه المنظورات التاريخية والسريرية الغنية، وتوصَّل إلى مثل هذه المقاربات العلاجية المبتكرة. ومن اللافت للنظر وضوح رؤية واتساع حكمة هذا العمل الفريد وسهل الفهم. يُعدُّ هذا الكتاب قراءة أساسية لأي شخص مهتم بفهم ومعالجة كرب الصدمة ونطاق تأثيره في المجتمع».

– ألكساندر ماكفارلين، حاصل على وسام أستراليا، بكالوريوس في الطب، بكالوريوس في العلوم (مع مرتبة الشرف)، دكتور في الطب، زميل «الكلية الملكية الأسترالية والنيوزيلندية للأطباء النفسيين»، مدير «مركز دراسات كرب الصدمة» بجامعة أديلايد، ساوث أستراليا

«هذا الكتاب عبارة عن إنجاز استثنائي. إن منظوره المتعاطف، والثاقب، والرحيم بشكل عميق يَعِد بمزيد من الإنسانية في علاج ضحايا الصدمة، وتوسيع نطاق ممارسات الشفاء ذاتية التنظيم والخيارات العلاجية بشكل دراماتيكي، وكذلك تحفيز المزيد من التفكير والبحث الإبداعيين حول الصدمة وعلاجها الفعَّال. الجسم فعلًا يتذكر كل شيء»، وقدرة فان دير كولك على إثبات ذلك من خلال توصيفاتٍ مُقنِعةٍ لأعمال غيره، ومساره وخبرته الرائدين مع تطور

المجال وتطوره هو معه، وقبل كل شيء اكتشافه طرقًا للعمل بمهارة مع الناس من خلال جلب اليقظة العقلية إلى الجسم (وكذلك إلى أفكارهم وعواطفهم) عن طريق «اليوجا»، والحركة، والمسرح، هي نَفَسٌ رائعٌ ومرحَّب به من الهواء النقي والإمكانية في عالم العلاج».

– جون كابات زين، أستاذ فخري للطب بكلية الطب بجامعة ماساتشوستس أمهيرست؛ مؤلف كتاب «عيش كامل للكارثة»

«هذا إنجاز مذهل من أكثر عالم أعصاب مسؤول عن الثورة المعاصرة في الصحة العقلية نحو إدراك أن الكثير من المشكلات العقلية هو نتاج الصدمة. من خلال الكتابة المُقنِعة لروائي جيد، يعيد فان دير كولك النظر في رحلته الرائعة للاكتشاف التي تحدَّت الحكمة الراسخة في الطب النفسي. تتخلل هذا السرد أوصاف واضحة ومفهومة للبيولوجيا العصبية للصدمة، وشروحات لعدم فعالية الأساليب التقليدية لعلاج الصدمة، ومقدمات للمقاربات التي تساعد المرضى على تجاوز القشرة المدركة إلى العمق، من أجل شفاء الأجزاء التي ظلت متجمّدة في الماضي. يُصوِّر كل هذا بأسلوب نابض بالحياة من خلال تواريخ حالات درامية ومدعوم بأبحاث مُقنِعة. هذا كتاب مفصليٌّ سوف نتذكره على أنه قلَب الموازين داخل الطب النفسي والثقافة عمومًا نحو التعرف على حصيلة الأحداث الصادمة ومحاولاتنا لإنكار تأثيرها فينا جميعًا».

– ريتشارد شوارتز، مبتكِر علاج «أنظمة الأسرة الداخلية»

«بين الحين والآخر، يأتي كتاب يغير بشكل أساسي الطريقة التي ننظر بها إلى العالم. وقد كتب بيسيل فان دير كولك مثل هذا الكتاب. إن قوس قصة فان دير كولك واسع وشامل، لكنه حكَّاء ماهر إلى درجة أنه يجعلنا مأسورين بالصفحات. لم أتمكن من ترك هذا الكتاب. إنه، ببساطة، عمل رائع».

– ستيفن كوب، مؤسس ومدير «معهد كريبالو للعيش الاستثنائي»؛ مؤلف كتاب «اليوجا والبحث عن الذات الحقيقية»

«بيسيل فان دير كولك لا مثيل له في قدرته على تجميع التطورات المذهلة في مجال الصدمة النفسية على مدى العقود القليلة الماضية. بفضل عمله جزئيًّا، فإن الصدمة النفسية ـ التي تتراوح بين سوء المعاملة والإهمال بشكل مزمن في مرحلة الطفولة إلى صدمة الحرب والكوارث الطبيعية ـ يُنظر إليها الآن عمومًا على أنها سبب رئيسي للانهيار الفردي، والاجتماعي، والثقافي. في هذا الإنجاز الكبير والصَّافي والجذاب بشكل بارع، يأخذنا ـ

متخصصين وعامّة ـ فان دير كولك في رحلته الشخصية ويُظهر ما تعلّمه من أبحاثه، ومن زملائه وطلابه، والأهم من ذلك، من مرضاه. «جسمك يتذكر كل شيء»، ببساطة، كتاب نيِّر».

– أونو فان دير هارت، دكتوراه، جامعة أوترخت، هولندا؛ مؤلف رئيسي لكتاب «الذات المسكونة: الانفصال البنيوي وعلاج الصدمة المزمنة»

«يعبِّر «جسمك يتذكر كل شيء» عن علاجات جديدة وأفضل للكرب السَّام بناءً على فهم عميق لتأثيرات الصدمة في نمو الدماغ وأنظمة التعلُّق. يقدِّم هذا المجلَّد ملخصًا مؤثرًا لما هو معروف حاليًّا عن آثار الصدمة في الأفراد والمجتمعات، ويقدِّم إمكانات شفاء من كلٍّ من المقاربات القديمة والجديدة لمساعدة الأطفال والبالغين المصابين بصدمات على الانخراط بشكل كامل في الحاضر».

– جيسيكا ستيرن، مستشارة في سياسات الإرهاب؛ مؤلفة كتاب «الإنكار: مذكرات رعب»

«كتاب عن فهم تأثير الصدمة كتبه أحد الرواد الحقيقيين في هذا المجال. كتاب نادر يدمج علم الأعصاب المتقدِّم مع الحكمة والفهم المرتبطين بتجربة الصدمة ومعناها، بالنسبة إلى الأشخاص الذين عانوها. مثل مؤلِّفه، هذا الكتاب حكيم ورحيم، وأحيانًا استفزازي للغاية، ودائمًا مثير للاهتمام».

– جلين ن. ساكس، دكتور في الطب، أستاذ كرسي أرنولد سيمون ورئيس «قسم الطب النفسي للأطفال والمراهقين» ومدير «مركز دراسة الطفل» بكلية الطب بجامعة نيويورك

«استكشاف رائع لمجموعة واسعة من التناولات العلاجية يُظهر للقراء كيفية التحكم في عملية الشفاء، واكتساب شعور بالأمان، وإيجاد طريقهم للخروج من مستنقع المعاناة».

– فرانسين شابيرو، دكتوراه، مبتكرة علاج «إزالة التحسس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين»، زميلة وكبيرة باحثين فخريًّا في «معهد البحوث العقلية»؛ مؤلفة كتاب «تجاوز ماضيك»

«بوصفي باحثًا في التعلُّق أعرف أن الرُّضَّع كائنات نفسية بيولوجية. هم من الجسم بقدر ما هم من الدماغ. من دون لغة أو رموز، يستخدم الرُّضَّع كل نظام من أنظمتهم البيولوجية لتكوين معنى لأنفسهم فيما يتعلَّق بعالم الأشياء والناس. يوضح فان دير كولك أن هذه الأنظمة نفسها تستمر في العمل في كل عمر، وأن التجارب الصادمة، خصوصًا تجربة

سامَّة مزمنة في أثناء النمو المبكر، تنتج دمارًا نفسيًّا. من خلال هذا الفهم، يقدم نظرة ثاقبة وإرشادات للناجين، والباحثين، والأطباء على حدٍّ سواء. قد يركز بيسيل فان دير كولك على الجسم والصدمة، ولكن يا له من عقل ذاك الذي يجب أن يكون لديه ليكتب هذا الكتاب».

– إد ترونيك، أستاذ متميِّز بجامعة ماساتشوستس، بوسطن؛ مؤلف كتاب «السلوك العصبي والنمو العاطفي الاجتماعي للرُّضَّع والأطفال الصغار»

«يوضح «جسمك يتذكر كل شيء» ببلاغة كيف تؤثر التجارب الغامِرة في نمو الدماغ، والعقل، والوعي بالجسم، وكلها أشياء متشابكة بشكل وثيق. الانحرافات الناتجة لها تأثير عميق في القدرة على الحب والعمل. هذا التكامل الغني لأمثلة الحالات السريرية مع الدراسات العلمية الرائدة يوفران لنا فهمًا جديدًا للصدمة، والذي يؤدي حتمًا إلى استكشاف مقاربات علاجية جديدة «تعيد توصيل» الدماغ، وتساعد الأشخاص المصابين بصدمات على (إعادة) الانخراط في الحاضر. سوف يوفر هذا الكتاب للأفراد المصابين بصدمات دليلًا للشفاء، وسوف يغير بشكل دائم طريقة تفكير علماء النفس والأطباء النفسيين بشأن الصدمة والتعافي».

– روث أ. لانيوس، دكتورة في الطب، دكتوراه، «كرسي هاريس وودمان للنفس والجسد»، أستاذة الطب النفسي ومديرة أبحاث اضطراب كرب ما بعد الصدمة بجامعة ويسترن أونتاريو، ومؤلفة كتاب «تأثير صدمة بداية الحياة في الصحة والمرض»

«عندما يتعلق الأمر بفهم تأثير الصدمة والقدرة على الاستمرار في النمو على الرغم من تجارب الحياة الغامِرة، يقود بيسيل فان دير كولك، بمعرفته الشاملة، وشجاعته السريرية، واستراتيجياته الإبداعية، الطريق لمساعدتنا على الشفاء. «جسمك يتذكر كل شيء» عبارة عن عرض متطور مطروح على القارئ العام لفهم الآثار المعقدة للصدمة، ودليل لمجموعة واسعة من المقاربات المستنيرة علميًّا ليس فقط لتقليل المعاناة، ولكن لتجاوز مجرد النجاة ـ والازدهار».

– دانييل ج. سيجل، دكتور في الطب، أستاذ سريري بكلية الطب بجامعة كاليفورنيا في لوس أنجلوس؛ مؤلف كتب «العصف الذهني: قوة وهدف دماغ المراهق»، و«قراءة العقل: العلم الجديد للتحول الشخصي»، و«العقل النامي: كيف تتفاعل العلاقات والدماغ لتشكيلنا»

«في هذا الكتاب الرائع، يأخذ بيسيل فان دير كولك القارئ في رحلة آسرة مليئة كليةً بالقصص المثيرة للمرضى ومعاناتهم والمفسَّرة عبر التاريخ، والبحث، وعلم الأعصاب الذي أصبح متاحًا بكلمات حكَّاء موهوب. يُتاح لنا الاطلاع على جهود المؤلف الشجاعة لفهم الصدمة وعلاجها على مدى الأعوام الأربعين الماضية، التي أدت نتائجها إلى فتح آفاق جديدة وتحدَّت الوضع الراهن للطب النفسي والعلاج النفسي. يتركنا «جسمك يتذكر كل شيء» مع تقدير عميق للآثار المُنهِكة للصدمة وشعور محسوس بها، إلى جانب الأمل في المستقبل من خلال أوصاف رائعة لمقاربات علاجية جديدة. يُعدُّ هذا المجلد الاستثنائي قراءة جوهرية للغاية ليس فقط للمعالجين، ولكن لكل من يسعون إلى فهم المعاناة الهائلة التي تسببها الصدمة أو إلى منعها أو علاجها».

- بات أوجدن، دكتوراه، المؤسِّسة والمديرة التعليمية لـ«معهد العلاج النفسي الحسي الحركي»؛ مؤلفة كتاب «العلاج النفسي الحسي الحركي: تدخلات في الصدمة والتعلُّق»

«هذا الكتاب تُحفَة من الفهم القوي والشجاعة القلبية، وواحد من أكثر الأعمال ذكاءً ونفعًا التي قرأتها حول الصدمة على الإطلاق. يقدم الدكتور فان دير كولك توليفة رائعة من الحالات السريرية، وعلم الأعصاب، والأدوات القوية، والإنسانية المُراعية، ما يوفر مستوى جديدًا تمامًا من الشفاء للصدمات التي يحملها الكثيرون».

- جاك كورنفيلد، مؤلف كتاب «دربٌ مع قلب»

««جسمك يتذكر كل شيء» بارع في الجمع بين العلم والإنسانية لشرح كيفية تأثير الصدمة في الشخص بأكمله. يجلب بيسيل فان دير كولك فهمًا عميقًا لألم وفوضى تجربة الصدمة. تشفي المقاربات العلاجية التي يوصي بها الجسم والعقل، وتستعيد الأمل، وإمكانية الفرح. يقرأ المرء هذا الكتاب بامتنان عميق لحكمته».

- أليسيا ليبرمان، دكتوراه، أستاذة علم النفس الطبي بجامعة كاليفورنيا في سان فرانسيسكو، مديرة «مشروع أبحاث صدمة الطفل» بـ«مستشفى سان فرانسيسكو العام»؛ مؤلفة كتاب «الحياة العاطفية للأطفال بعمر عام إلى عامين»



alkarmabooks.com
facebook.com/alkarmabo
twitter.com/alkarmaboo
instagram.com/alkarmabc





This book is published in collaboration with the Arabic Book Program (ABP), U.S. Embassy Cairo. ABP works with Egyptian publishers to translate and publish books that reflect U.S. culture and values.
نُشر هذا الكتاب بالتعاون مع برنامج الكتاب العربي بالسفارة الأمريكية في القاهرة، وهو برنامج يعمل مع دور نشر مصرية على ترجمة ونشر كتب تعبر عن الثقافة والقيم الأمريكية.

فان دير كولك، بيسيل.
جسمك يتذكر كل شيء: الدماغ والعقل والجسم في عملية الشفاء من الصدمة النفسية / بيسيل فان دير كولك؛ ترجمه عن الإنجليزية محمد الدخاخني - القاهرة: الكرمة للنشر، ٢٠٢٣.

٦٣٢ ص؛ ٢٢ سم.
تدمك: 9789778678321
١- الصحة النفسية.
أ- الدخاخني، محمد (مترجم).
ب- العنوان.
رقم الإيداع بدار الكتب المصرية: ١٤٦٧١ / ٢٠٢٣

٢ ٤ ٦ ٨ ١٠ ٩ ٧ ٥ ٣ ١

تصميم الغلاف: أحمد عاطف مجاهد
لوحة الغلاف: «إيكاروس»، هنري ماتيس، ١٩٤٦


سور الأزبكية

المحتويات



مقدمة

مواجهة الصدمة



لا يتعيَّن على المرء أن يكون جنديًّا مقاتلًا، أو أن يزور مخيمًا للاجئين في سوريا أو الكونغو لملاقاة الصدمة. تحدث الصدمة لنا، ولأصدقائنا، وعائلاتنا، وجيراننا. أظهرت الأبحاث التي أجرتها «مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها» أن واحدًا من كل خمسة أمريكيين تعرَّض للتحرش الجنسي عندما كان طفلًا؛ وواحدًا من كل أربعة تعرَّض للضَّرب على يد أحد الوالدين إلى درجة ترك علامة على جسمه؛ وزوجًا من بين كل ثلاثة ينخرط في عنف جسدي. وقد نشأ رُبعنا مع أقارب مدمنين على الكحول، وشَهِد واحد من كل ثمانية منَّا أمَّه تتعرَّض للضَّرب أو اللَّكم[1].

نتتمي بوصفنا بشرًا إلى نوع من الكائنات مَرِن للغاية. منذ الأزل ونحن ننهض من حروبنا الشعواء، والكوارث التي لا حصر لها (الطبيعية والتي من صُنع الإنسان)، والعنف والخيانة في حيواتنا. لكن التجارب الصادمة تترك بالفعل آثارًا، سواء على نطاق واسع (في تواريخنا وثقافاتنا) أو بالقرب من البيت، في عائلاتنا، حيث تُتَوارث الأسرار المُظلِمة عبر الأجيال بصورةٍ غير محسوسة. كما أنها تترك آثارًا في عقولنا وعواطفنا، وفي قدرتنا على الفرح والحميمية، وحتى في بيولوجيتنا وأنظمتنا المناعية.

لا تؤثر الصدمة في مَن يتعرضون لها بشكل مباشر فحسب، بل تؤثر

أيضًا في مَن حولهم. قد يخيف الجنود العائدون إلى ديارهم من القتال عائلاتهم بنوبات اهتياجهم وغيابهم العاطفي. تميل زوجات الرجال الذين يعانون اضطراب كرب ما بعد الصدمة إلى الإصابة بالاكتئاب، كما أن أطفال الأمهات المصابات بالاكتئاب معرضون لخطر النمو غير آمنين وقَلِقين. إن تعرُّض المرء للعنف الأسري في الطفولة غالبًا ما يجعل من الصعب عليه إقامة علاقات مستقرة واثِقة بوصفه شخصًا بالغًا.

الصدمة، بحكم التعريف، لا تُحتمل ولا تُطاق. معظم ضحايا الاغتصاب، والجنود المقاتلين، والأطفال الذين تعرَّضوا للتحرش ينزعجون بشدة عندما يفكرون فيما مرُّوا به إلى درجة أنهم يحاولون إخراجه من عقولهم، محاولين التصرف وكأن شيئًا لم يكن، والمضي قدمًا. يتطلب الأمر طاقة هائلة للمواصلة في أثناء حملنا ذكرى الرعب، وخزي الضعف والهشاشة المُطلَقين.

بينما نرغب جميعًا في تجاوز الصدمة، فإن الجزء المكرَّس من دماغنا لضمان نجاتنا (الذي يقع بعمق أسفل دماغنا العقلاني) ليس جيدًا جدًّا في الإنكار. بعد فترة طويلة من انتهاء التجربة الصادمة، قد يُعاد تنشيطها عند أدنى إشارة خطر، وتعبِّئ الدوائر الدماغية المضطربة وتُفرز كميات هائلة من هرمونات التوتر. يُعجِّل هذا من المشاعر غير المريحة، والأحاسيس الجسدية الحادة، والأفعال الاندفاعية والعدوانية. ردود فعل ما بعد الصدمة هذه تبدو غامضة وغامِرة. غالبًا ما يشرع الناجون من الصدمة، الذين يشعرون بأنهم خارجون عن السيطرة، في الخوف من أن يكونوا متضرِّرين حتى النخاع وبشكل يتعذَّر إصلاحه.

المرة الأولى التي أتذكَّر فيها انجذابي إلى دراسة الطب كانت في مخيَّم صيفي عندما كنت في الرابعة عشرة تقريبًا. أبقاني ابن عمي مايكل مستيقظًا طوال الليل وشرح لي تعقيدات كيفية عمل الكلى، كيف تُفرِز نفايات الجسم، ثم

تعيد امتصاص المواد الكيميائية التي تحافظ على توازن النظام. سحرني سرده للطريقة الخارقة التي يعمل بها الجسم. لاحقًا، خلال كل مرحلة من مراحل تدريبي الطبي، سواء كنت أدرس الجراحة، أو طب القلب، أو طب الأطفال، كان واضحًا لي أن مفتاح الشفاء هو فهم كيفية عمل الجهاز العضوي البشري. ومع ذلك، عندما بدأت مناوبتي في الطب النفسي، أدهشني التناقض بين التعقيد المذهل للعقل والطرق التي نتَّصل بها نحن البشر ونرتبط بعضنا ببعض، ومدى ضآلة معرفة الأطباء النفسيين بأصول المشكلات التي كانوا يعالجونها. هل سيكون ممكنًا يومًا ما أن نعرف عن الأدمغة، والعقول، والحب بقدر ما نعرف عن الأنظمة الأخرى التي يتكون منها جهازنا العضوي؟

من الواضح أننا ما زلنا على بُعد أعوام من الوصول إلى ذلك النوع من الفهم التفصيلي، لكن ولادة ثلاثة فروع جديدة من العِلم أدَّت إلى انفجار المعرفة حول آثار الصدمة النفسية، والإيذاء، والإهمال. هذه التخصصات الجديدة هي علم الأعصاب؛ دراسة كيفية دعم الدماغ للعمليات العقلية، وعلم الأمراض النفسية التنموية؛ دراسة تأثير التجارب السلبية في نمو العقل والدماغ، وعلم بيولوجيا الأعصاب بين الأشخاص؛ دراسة كيفية تأثير سلوكنا في عواطف وبيولوجيا وعقليات مَن حولنا.

كشفت الأبحاث في هذه التخصصات الجديدة أن الصدمة تُنتِج تغيُّرات فسيولوجية فعلية، بما في ذلك إعادة مُعايرة نظام الإنذار في الدماغ، وزيادة نشاط هرمون التوتر، وتبديلات في النظام الذي يُصفِّي المعلومات ذات الصلة من المعلومات غير ذات الصلة. الآن، نعلم أن الصدمة تقوِّض منطقة الدماغ التي تنقل الشعور البدني المتجسِّد بكون المرء حيًّا. تفسِّر هذه التغيرات لماذا يصبح الأفراد المصابون بصدمات متأهِّبين جدًّا للتهديدات على حساب الانخراط العفوي في حياتهم اليومية. تساعدنا أيضًا على فهم سبب استمرار الأشخاص المصابين بصدمات في تكرار المشكلات نفسها

في كثير من الأحيان وصعوبة تعلُّمهم من التجربة. نعرف الآن أن سلوكياتهم ليست نتيجة إخفاقات أخلاقية أو علامات على نقصٍ في قوة الإرادة أو شخصية سيئة، إنها ناجمة عن تغيرات فعلية في الدماغ.

هذه الزيادة الهائلة في معرفتنا بالعمليات الأساسية التي تكمن وراء الصدمة فتحت أيضًا إمكانات جديدة لتخفيف الضرر أو حتى عكسه. يمكننا الآن تطوير الأساليب والتجارب التي تستخدم المرونة العصبية الطبيعية للدماغ لمساعدة الناجين على الشعور بالحياة بشكل كامل في الوقت الحاضر والمضي قدمًا في حياتهم. هناك ثلاث طرق أساسية: ١- من أعلى إلى أسفل، عن طريق الكلام، (إعادة) التواصل مع الآخرين، والسماح لأنفسنا بمعرفة وفهم ما يجري لنا، في أثناء معالجة ذكريات الصدمة. ٢- عن طريق تناول الأدوية التي توقف تفاعلات الإنذار غير المناسبة، أو عن طريق استخدام تقنيات أخرى تغير الطريقة التي ينظم بها الدماغ المعلومات. ٣- من أسفل إلى أعلى: عن طريق السماح للجسم بتجارب تتعارض بشكل عميق وحشوي مع أشكال العجز، أو الاهتياج، أو الانهيار الناتجة عن الصدمة. سؤال أي من هذه الطرق هو الأفضل لأي ناجٍ معين هو سؤال تجريبي. معظم الأشخاص الذين عملت معهم يحتاجون إلى مزيج من هذه الطرق.

هذا عمل حياتي. في أثناء بذلي ذلك المجهود، تلقَّيت الدعم من زملائي وطلابي في «مركز الصدمة» الذي أسَّسته قبل ثلاثين عامًا. عالجنا معًا آلاف الأطفال والبالغين المصابين بصدمات: ضحايا إيذاء في مرحلة الطفولة، وكوارث طبيعية، وحروب، وحوادث، واتجار بالبشر؛ أشخاص عانوا اعتداءات على يد مقرَّبين وغرباء. لدينا تقليد طويل من مناقشة جميع حالات مرضانا بعمق كبير في اجتماعات فريق العلاج الأسبوعية وتتبُّع مدى نجاح أشكال العلاج المختلفة بالنسبة إلى أفراد معيَّنين.

كانت مهمتنا الرئيسية دائمًا هي رعاية الأطفال والبالغين الذين قَدِموا إلينا لتلقي العلاج، لكن منذ البداية كرَّسنا أنفسنا أيضًا لإجراء بحوث

لاستكشاف آثار كرب الصدمة في مجموعات سكانية مختلفة وتحديد أي العلاجات يصلح لمَن. دُعمنا بمنحٍ بحثية من «المعهد الوطني للصحة العقلية»، و«المركز الوطني للطب التكميلي والبديل»، و«مراكز السيطرة على الأمراض»، وعدد من المؤسسات الخاصة لدراسة فعالية العديد من أشكال العلاج المختلفة، من الأدوية إلى الكلام، و«اليوجا»، و«إزالة التحسس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين»، والمسرح، والارتجاع العصبي.

التحدي هو: كيف يمكن للناس السيطرة على رواسب الصدمة السابقة والعودة إلى كونهم ربابنة سفنهم؟ يساعد على ذلك الكلام، والفهم، والترابطات البشرية، ويمكن للأدوية أن تثبِّط أنظمة الإنذار مفرطة النشاط. لكننا سنرى أيضًا أن بصمات الماضي يمكن أن تتغير من خلال الانخراط في تجارب جسدية تتعارض بشكل مباشر مع أشكال العجز، والاهتياج، والانهيار التي تُعدُّ جزءًا من الصدمة، وبالتالي استعادة السيادة على الذات. ليس لديَّ أي طريقة علاج مفضلة، حيث لا توجد مقاربة واحدة تناسب الجميع، لكني أمارس جميع أشكال العلاج التي أناقشها في هذا الكتاب. يمكن لكل علاج إحداث تغيرات عميقة، اعتمادًا على طبيعة المشكلة الخاصة وتركيب الفرد.

كتبت هذا الكتاب ليكون بمنزلة دليل ودعوة؛ دعوة لتكريس أنفسنا لمواجهة واقع الصدمة، واستكشاف أفضل السُّبل لمعالجتها، وإلزام أنفسنا، بوصفنا مجتمعًا، باستخدام كل وسيلة لدينا لمنعها.

الجزء الأول

إعادة اكتشاف الصدمة

الفصل الأول

دروس من قدامى المحاربين في فيتنام

«أصبحتُ ما أنا عليه اليوم، في الثانية عشرة من عمري، في يوم متجمِّد ملبَّد بالغيوم من شتاء عام ١٩٧٥... كان ذلك منذ وقت طويل، لكن ما يقولونه عن الماضي خطأ... عندما أنظر إلى الوراء الآن، أدرك أني كنت أختلس النظر إلى هذا الزُّقاق المهجور على مدى الأعوام الستة والعشرين الأخيرة».

– خالد حسيني، «عدَّاء الطائرة الورقية»

«تتدفَّق حيوات بعضِ الناس على ما يبدو في شكل سردية، أما حياتي فلها العديد من التوقُّفات والبدايات. ذلك ما تفعله الصدمة. تعترض الحبكة... تحدث فحسب، ثم تستمر الحياة. لا أحد يجهِّزك لها».

– جيسيكا ستيرن، «الإنكار: مذكرات رعب»

كان يوم الثلاثاء التالي لعطلة الرابع من يوليو ١٩٧٨ الأسبوعية أول يوم لي بوصفي طبيبًا نفسيًّا في «عيادة قدامى المحاربين» في بوسطن. بينما كنت أعلق نسخةً طِبق الأصل من لوحة بروجل المفضلة لديَّ، «الأعمى يقود الأعمى»، على جدار مكتبي الجديد، سمعت جلبة في منطقة الاستقبال

في آخر الرواق. وبعدها بلحظة، اندفع من باب مكتبي رجل ضخم أشعث يرتدي بدلة مبقَّعة من ثلاث قطع، ويحمل نسخة من مجلة «سولدجر أوف فورتشن» (المرتزق). كان مهتاجًا جدًّا ويعاني بشكل واضح الخُمار، إلى درجة أني تساءلت كيف يمكنني مساعدة هذا الرجل الضخم. طلبت منه أن يجلس، ويخبرني بما يمكنني أن أفعله من أجله.

اسمه توم. قبل عشرة أعوام، كان في مشاة البحرية، يؤدي خدمته في فيتنام. أمضى العطلة الأسبوعية مختبئًا في مكتب المحاماة الخاص به، في وسط مدينة بوسطن، يشرب ويتطلَّع في الصور القديمة، بدلًا من قضاء الوقت مع أسرته. عرف من تجربة الأعوام السابقة أن الضوضاء، والألعاب النارية، والحرارة، والتنزُّه في الفناء الخلفي لبيت أخته مقابل خلفية الأوراق الكثيفة للشجر في أوائل الصيف ـ وكل ذلك يذكِّره بفيتنام ـ أشياء قد تدفعه إلى الجنون. عندما شعر بالاستياء، خشي أن يكون حول أسرته لأنه يتصرَّف حينها كوحش مع زوجته وولديه. جعله ضجيج طفليه مهتاجًا إلى درجة أنه أسرع خارجًا من المنزل لمنع نفسه من إيذائهما. فقط الشرب حتى النسيان أو قيادة دراجته النارية من طراز «هارلي دافيدسون» بسرعات عالية بشكل خطير ساعداه على تهدئة روعه.

الليل لم يوفِّر له الراحة؛ قُطع نومه باستمرار بسبب كوابيس دارت حول كمين في حقل أرز في فيتنام، قُتل أو جُرح فيه جميع أفراد فصيلته. عاودته أيضًا ذكريات مباغتة ولا إرادية مرعبة حيث رأى أطفالًا فيتناميين قتلى. كانت الكوابيس مروِّعة جدًّا إلى درجة أنه خشي النوم، وغالبًا ما ظل مستيقظًا معظم الليل يشرب. في الصباح، تجده زوجته فاقد الوعي على أريكة غرفة المعيشة، ويكون عليها هي والولدين التحرُّك حوله على رؤوس أصابعهم بينما تُعدُّ لهما الإفطار قبل أن تأخذهما إلى المدرسة.

أطلعني توم على حياته، قال إنه تخرَّج في المدرسة الثانوية في عام ١٩٦٥، وألقى الخطبة الوداعية نيابةً عن فصله. وبما يتماشى مع تقاليد عائلته

في الخدمة العسكرية، التحق بسلاح مشاة البحرية بعد التخرج مباشرة. كان والده قد خدم في الحرب العالمية الثانية في جيش الجنرال باتون، ولم يشك توم قَطُّ في توقعات والده. شعر توم، وهو رياضي وذكي وقائد ساطع، بالقوة والفعالية بعد الانتهاء من التدريب الأساسي، بوصفه عضوًا في فريق أُعدَّ لفعل أي شيء تقريبًا. في فيتنام، سُرعان ما أصبح قائد فصيلة، مسؤولًا عن ثمانية جنود آخرين من مشاة البحرية. يمكن للنجاة في أثناء الخوض في الوحل تحت مرمى نيران الرشاشات أن تترك الناس يشعرون بالرضا عن أنفسهم، ورفاقهم.

في نهاية فترة خدمته العسكرية، سُرِّح توم بشكل مشرِّف، وكل ما أراده وضع فيتنام وراءه. ظاهريًّا، هذا بالضبط ما فعله. التحق بكلية على أساس قانون «جي آي»(*)، وتخرَّج في كلية الحقوق، وتزوج حبيبته في المدرسة الثانوية، وأنجب ولدين. كان توم منزعجًا من صعوبة الشعور بأي عاطفة حقيقية تجاه زوجته، على الرغم من أن رسائلها أبقته على قيد الحياة في جنون الأحراش. تظاهر توم بعيش حياة طبيعية، على أمل أنه من خلال تصنُّع الأمر سيتعلَّم كيف يصبح نفسه القديمة مجددًا. يزدهر الآن عمله محاميًا، ويتمتع بعائلة مثالية، لكنه أحسَّ بأنه ليس طبيعيًّا؛ شعر بأنه ميت داخليًّا.

على الرغم من أن توم هو أول محارب قديم أقابله على الإطلاق على أساس مهني، فإن العديد من جوانب قصته كان مألوفًا بالنسبة إليَّ. نشأتُ في هولندا ما بعد الحرب العالمية، ولعبتُ في أبنيةٍ تعرَّضت للقصف، وأنا ابن رجل كان معارضًا صريحًا للنازيين إلى درجة أنه أُرسِل إلى معسكر اعتقال. لم يتحدث والدي قَطُّ عن تجاربه الحربية، لكنه تعرَّض لنوبات من الاهتياج المتفجِّر أذهلتني عندما كنت صبيًّا صغيرًا. كيف يمكن للرجل الذي

(*) قانون أصدره الكونجرس الأمريكي عام ١٩٤٤، ويُستخدم للإشارة إلى البرامج التي أُسست لمساعدة قدامى المحاربين، ولا سيما التعليمية. (المترجم).

سمعته ينزل السلم كل صباح بهدوء ليصلي ويقرأ الكتاب المقدس، بينما بقية أفراد الأسرة نيام، أن ينطوي على مثل هذا المزاج المرعب؟ كيف يمكن لشخص كُرِّست حياته لمسعى العدالة الاجتماعية أن يمتلئ بالغضب بهذا الشكل؟ شهدت السلوك المحير نفسه في عمي، الذي أسره اليابانيون في جزر الهند الشرقية الهولندية (إندونيسيا الآن) وأُرسِل كعامل مُستعبَد إلى بورما، حيث عمل على الجسر الشهير فوق نهر كواي. هو أيضًا نادرًا ما ذكر الحرب، وغالبًا ما انفجر، أيضًا، في نوبات اهتياج لا يمكن السيطرة عليها.

عندما استمعت إلى توم، تساءلتُ عما إذا كان عمي وأبي قد كابدا كوابيس وذكريات مباغتة ولا إرادية ـ عما إذا ما كانا قد شعرا، أيضًا، بالانفصال عن أحبائهما وبأنهما غير قادرين على العثور على أي متعة حقيقية في حياتيهما. في مكان ما في الجزء الخلفي من عقلي، لا بد أنه كانت هناك أيضًا ذكرياتي عن أمي المرعُوبة ـ والمرعِبة في كثير من الأحيان ـ التي أُلمِحَ أحيانًا إلى صدمة طفولتها وكما أعتقد الآن، أُعيد تمثيلها بشكل متكرر. كانت لديها عادة موتِّرة للأعصاب تتمثل في الإغماء عندما أسألها كيف كانت حياتها وهي فتاة صغيرة، ثم لومي على جعلها مستاءة جدًّا.

توم، الذي أصبح مطمئنًّا بسبب اهتمامي الواضح، استقر في مكانه ليخبرني بمدى خوفه وارتباكه. خشي أن يصبح مثل والده، الذي كان غاضبًا دائمًا ونادرًا ما تكلم مع أطفاله، باستثناء مقارنتهم بشكل سلبي برفاقه الذين فقدوا حياتهم في عيد الميلاد عام ١٩٤٤، خلال «معركة الثغرة».

مع اقتراب الجلسة من نهايتها، فعلتُ ما يفعله الأطباء عادةً: ركَّزتُ في قصة توم على الجزء الذي اعتقدت أني فهمته؛ كوابيسه. لما كنت طالبَ طبٍّ عملت في مختبر للنوم، وراقبت دورات نوم/ حلم الناس، وساعدت في كتابة بعض المقالات عن الكوابيس. شاركتُ أيضًا في بعض الأبحاث المبكرة حول الآثار المفيدة للعقاقير ذات التأثير النفسي التي بدأ استخدامها في السبعينيات من القرن العشرين. إذن، بينما افتقرتُ إلى فهم حقيقي لنطاق

مشكلات توم، كانت الكوابيس شيئًا أمكنني فهمه، وبوصفي مؤمنًا متحمِّسًا بمعيشة أفضل من خلال الكيمياء، وصفت دواءً وجدنا أنه فعَّال في الحد من حدوث الكوابيس وفي تخفيف شدتها. وحددت موعد زيارة متابعة لتوم بعد أسبوعين.

عندما عاد توم في الموعد المحدد، سألته بشغف عن كيف تعمل الأدوية معه. أخبرني أنه لم يأخذ أيًا من الحبوب. وفي محاولة لإخفاء ضيقي، سألته عن السبب. فأجاب:

ـ أدركت أني إذا تناولت الحبوب وذهبَت الكوابيس، فسأكون قد هجرت أصدقائي، وستكون وفاتهم قد ذهبت سدى. أحتاج إلى أن أكون نصبًا تذكاريًا حيًّا لأصدقائي الذين ماتوا في فيتنام.

ذُهلت؛ إن ولاء توم للموتى منعه من عيش حياته، تمامًا كما حالَ تفاني والده لأصدقائه بينه وبين العيش. تجارب كلٍّ من الأب والابن في ميدان القتال جعلت بقية حياتهما غير ذات صلة. كيف حدث ذلك، وماذا يمكننا أن نفعل حياله؟ في ذلك الصباح، أدركت أني سأقضي على الأرجح بقية حياتي المهنية محاولًا كشف ألغاز الصدمة. كيف تجعل التجارب المروِّعة الناس عالقين في الماضي بشكل ميؤوس منه؟ ماذا يحدث في عقول الناس وأدمغتهم ويبقيهم مجمَّدين، محاصرين في مكان يرغبون بيأس في الهرب منه؟ لماذا لم تنتهِ حرب هذا الرجل في فبراير ١٩٦٩، عندما احتضنه والداه في مطار لوجان الدولي في بوسطن بعد رحلته الطويلة عائدًا من مدينة دا نانج؟

علَّمتني حاجة توم إلى عيش حياته في شكل نصب تذكاري مخصص لرفاقه أنه كان يعاني حالة أكثر تعقيدًا بكثير من مجرد وجود ذكريات سيئة أو كيمياء دماغية تالفة أو دوائر خوف متبدِّلة في الدماغ. قبل كمين حقل الأرز، كان توم صديقًا متفانيًا ومخلصًا، شخصًا استمتع بالحياة، ولديه الكثير من الاهتمامات والملذات. في لحظة مرعبة، غيرت الصدمة كل شيء.

خلال فترة وجودي في «عيادة قدامى المحاربين»، تعرَّفتُ إلى عديد من الرجال الذين استجابوا بشكل مماثل. حتى عند مواجهتهم لإحباطات طفيفة، غالبًا ما دخل قدامى المحاربين على الفور في نوبات اهتياج شديدة. كانت المناطق العامة في العيادة مثقَّبة باصطدامات قبضات أياديهم على الجدران الحجرية، وانشغل الأمن باستمرار بحماية وكلاء شركات التأمين وموظفي الاستقبال من قدامى المحاربين الحانقين. بالطبع، أخافنا سلوكهم، لكنه أثار فضولي أيضًا.

في المنزل، كنت أنا وزوجتي نتعامل مع مشكلات مماثلة عند أطفالنا الصغار، الذين دخلوا في نوبات غضب بانتظام كلما طُلِب منهم تناول السبانخ أو ارتداء الجوارب المدفِّئة. لماذا، إذن، لم أكن مكترثًا البتَّة بسلوك أطفالي غير الناضج، لكن كنت قلقًا للغاية بشأن ما يحدث مع قدامى المحاربين (بصرف النظر عن حجمهم، بالطبع، الذي منحهم القدرة على إلحاق ضرر أكبر بكثير من صغاري في المنزل)؟ السبب هو أني شعرت بالثقة التامة بأنه من خلال الرعاية المناسبة، سيتعلم أطفالي تدريجيًّا التعامل مع الإحباطات وخيبات الأمل، لكني تشككت في أني سأكون قادرًا على مساعدة قدامى المحاربين في استعادة مهارات ضبط النفس والتنظيم الذاتي التي خسروها في الحرب.

لسوء الحظ، لم يهيئني أي شيء في تدريبي كطبيب نفسي للتعامل مع أيٍّ من التحديات التي طرحها توم وزملاؤه من قدامى المحاربين. نزلتُ إلى المكتبة الطبية للبحث عن كتب عن عُصاب الحرب، وصدمة القذيفة، وإرهاق المعركة، أو أي مصطلح أو تشخيص آخر يمكن أن أفكر فيه قد يُلقي الضوء على مرضاي. تفاجأتُ بأنه لم يكن لدى مكتبة العيادة كتاب واحد عن أيٍّ من هذه الحالات. بعد خمس سنوات من مغادرة آخر جندي أمريكي لفيتنام، لم تكن قضية صدمة الحرب على أجندة أي شخص. أخيرًا، في «مكتبة كونتواي» في كلية الطب بجامعة هارفارد، اكتشفت «العُصاب

الصادم للحرب» (The Traumatic Neuroses of War)، الذي نشره طبيب نفسي يُدعى أبرام كاردينر في عام ١٩٤١. ضمَّ الكتاب ملاحظات كاردينر عن قدامى المحاربين في الحرب العالمية الأولى، وكان قد أُصدِر استعدادًا لفيضان الجنود الذين أصيبوا بصدمة القذيفة وتُوقِّع أن يكونوا بين ضحايا الحرب العالمية الثانية[٢].

أوردَ كاردينر الظواهر نفسها التي كنت أراها: بعد الحرب، تغلَّب شعور بعدم الجدوى على مرضاه؛ أصبحوا منسحبين ومنفصلين، حتى لو كان أداؤهم جيدًا في السابق. ما سماه كاردينر «العصابات الصادمة»، نسميه اليوم اضطراب كرب ما بعد الصدمة (PTSD). أشار كاردينر إلى أن مرضى العصابات الصادمة يطوِّرون يقظة وحساسية مزمنتين تجاه التهديد. وقد لفت انتباهي بشكل خاص تلخيصه: «نواة العصاب عبارة عن عصاب فسيولوجي»[٣]. بعبارة أخرى، كرب ما بعد الصدمة ليس «كله في رأس المرء»، كما افترض بعض الناس، ولكن له أساس فسيولوجي. أدرك كاردينر، حتى في ذلك الحين، أن أصل الأعراض يرجع إلى استجابة الجسم بالكامل للصدمة الأصلية.

أيَّد وصف كاردينر ملاحظاتي الخاصة، الأمر الذي كان مطمئنًا، لكنه قدم إليَّ القليل من الإرشادات فما يخص كيفية مساعدة قدامى المحاربين. مثَّل نقص الأدبيات حول هذا الموضوع عائقًا، لكن معلمي الرائع، إلفين سيمراد، علمنا أن نشكِّك في المقررات الدراسية. يقول:

ـ لدينا مقرر دراسي واحد حقيقي: مرضانا. يجب أن نثق فقط بما يمكن أن نتعلمه منهم، ومن تجربتنا الخاصة.

يبدو هذا بسيطًا للغاية، لكن حتى عندما دفعنا سيمراد إلى الاعتماد على المعرفة الذاتية، حذَّرنا أيضًا من مدى صعوبة هذه العملية حقًّا، لأن البشر خبراء في التفكير الرغبوي والتعتيم على الحقيقة. أتذكره يقول:

ـ أعظم مصادر معاناتنا هي الأكاذيب التي نقولها لأنفسنا.

من خلال العمل في العيادة، سُرعان ما اكتشفت مدى صعوبة مواجهة الواقع. كان هذا صحيحًا بالنسبة إلى مرضاي وإليَّ.

لا نريد حقًّا معرفة ما يمر به الجنود في القتال. لا نريد حقًّا معرفة عدد الأطفال الذين يتعرضون للتحرش والإساءة في مجتمعنا أو عدد الأزواج ـ الثلث تقريبًا، كما اتضح ـ الذين ينخرطون في العنف في مرحلة ما في أثناء العلاقة. نريد أن نفكر في العائلات على أنها ملاذ آمن في عالم بلا قلب، وفي أن بلادنا يسكنها أناسٌ متنوِّرون ومتحضِّرون. نفضل الاعتقاد بأن القسوة لا تحدث إلا في أماكن بعيدة مثل دارفور أو الكونغو. يصعب على المراقبين أن يكونوا شهداء على الألم. هل من الغريب، إذن، أن الأفراد المصابين بصدمات لا يمكنهم تحمُّل تذكرها وأنهم يلجأون غالبًا إلى تعاطي المخدرات، أو شرب الكحول، أو تشويه الذات لحجب معرفتهم التي لا تُحتمل؟

أصبح توم وزملاؤه من قدامى المحاربين أساتذتي الأوائل في سعيي لفهم كيف تتحطم الحياة بسبب التجارب الغامِرة، وفي اكتشاف كيفية تمكينهم من الشعور بالحياة بشكل كامل مجددًا.

الصدمة وفقدان الذات

بدأت الدراسة الأولى التي أجريتها في «عيادة قدامى المحاربين» بسؤالهم بشكل منهجي عما حدث لهم في فيتنام. أردتُ أن أعرف ما الذي دفع بهم إلى حافة الهاوية، ولماذا انهار بعضهم نتيجةً لتلك التجربة، بينما تمكَّن آخرون من الاستمرار في حياتهم[٤]. معظم الرجال الذين أجريت مقابلات معهم ذهبوا إلى الحرب ولديهم شعور بأنهم على استعداد جيد، وتقارب بعضهم من بعض بسبب صرامة التدريب الأساسي والخطر المشترك. تبادلوا صورًا لعائلاتهم وصديقاتهم؛ تحمَّل بعضهم عيوب بعض. وكانوا مستعدين للمخاطرة بحياتهم من أجل أصدقائهم. استودع

معظمهم صديقًا أسرارهم المظلمة، وذهب بعضهم إلى حدٍّ مشاركة القمصان والجوارب مع أقرانهم.

حظي العديد من الرجال بصداقات مماثلة لتلك التي عقدها توم مع أليكس. التقى توم بأليكس، وهو رجل إيطالي من مالدن، ماساتشوستس، في أول يوم له في البلد، وأصبحا صديقين مقرَّبين على الفور. قادا سيارتيهما «الجيب» معًا، واستمعا إلى الموسيقى نفسها، وقرأ كلٌّ منهما رسائل الآخر القادمة من الوطن. ثملا معًا وطاردا فتيات الحانات الفيتناميات أنفسهن.

بعد نحو ثلاثة أشهر في البلد، قاد توم فرقته في دورية راجلة عبر حقل أرز، قبل غروب الشمس بقليل. فجأة، اندفع وابل رصاص من الأحراش المحيطة، ضاربًا الرجال الذين كانوا حوله واحدًا تلو واحد. أخبرني توم كيف طالع المشهد في رعب عاجز حيث قُتل أو جُرح جميع أفراد فصيلته في غضون ثوانٍ. هناك صورة لن تغيب عن ذهنه: قَفَا أليكس وهو مستلقٍ على وجهه في حقل الأرز، ورجلاه في الهواء. بكى توم وهو يتذكر:

ـ كان الصديق الحقيقي الوحيد الذي عرفته على الإطلاق.

بعد ذلك، في الليل، استمر توم في سماع صراخ رجاله ورؤية أجسامهم تتساقط في الماء. أي أصوات، أو روائح، أو صور تُذكِّره بالكمين (مثل انفجار المفرقعات النارية في الرابع من يوليو) تُشعره بالشلل، والرعب، والاهتياج، كما حصل بالضبط في ذلك اليوم حين التقطته المروحية من حقل الأرز.

ربما كانت ذكرى ما حدث بعد ذلك أسوأ بالنسبة إلى توم من الذكريات المباغتة واللاإرادية المتكررة للكمين. يمكنني بسهولة أن أتخيل كيف أدى اهتياج توم بشأن وفاة صديقه إلى الكارثة التي تلت ذلك. استغرقه الأمر شهورًا من التعامل مع شعوره المُشلِّ بالخزي قبل أن يتمكَّن من إخباري بذلك. منذ قديم الأزل استجاب قدامى المحاربين، مثل أخيل في «الإلياذة» لهوميروس، لموت رفاقهم بأعمال انتقامية لا تُوصف. في اليوم

التالي للكمين، اشتعل توم غضبًا وذهب إلى قرية مجاورة، وقتل أطفالًا، وأطلق النار على مُزارع بريء، واغتصب امرأة فيتنامية. بعد ذلك، أصبح من المستحيل عليه حقًّا العودة إلى الوطن مجددًا بأي طريقة ذات معنى. كيف يمكنك مواجهة حبيبتك وإخبارها أنك اغتصبت بوحشية امرأة مثلها تمامًا، أو مشاهدة ابنك يخطو خطواته الأولى بينما تُذكَّر بالطفل الذي قتلته؟ اختبر توم موت أليكس كما لو أن جزءًا منه قد دُمِّر إلى الأبد؛ الجزء الذي كان جيدًا، وشريفًا، وجديرًا بالثقة. الصدمة، سواء كانت نتيجة لشيء فُعِل بك أو فعلته أنت، تجعل من الصعب غالبًا الانخراط في علاقات حميمية. بعد المرور بشيء لا يُوصف، كيف تتعلم أن تثق بنفسك أو بأي شخص آخر مجددًا؟ أو، بالعكس، كيف يمكنك الاستسلام لعلاقة حميمية بعد أن انتُهِكت بوحشية؟

ظل توم يظهر بالتزام في مواعيده، حيث أصبحتُ بالنسبة إليه حبل نجاة؛ الأب الذي لم يحظَ به، أليكس الذي نجا من الكمين. يتطلَّب الأمر ثقة وشجاعة هائلتين للسماح لنفسك بالتذكُّر. من أصعب الأمور بالنسبة إلى المصابين بصدمة مواجهة خزيهم من الطريقة التي تصرفوا بها في أثناء الواقعة الصادمة، سواء كان ذلك مبرَّرًا موضوعيًّا (كما في ارتكاب الفظائع) أم لا (كما في حالة طفلة تحاول استرضاء المسيء إليها). كانت سارة هالي من أوائل الذين كتبوا عن هذه الظاهرة، وقد شغلت مكتبًا بجوار مكتبي في «عيادة قدامى المحاربين». في مقال بعنوان «عندما يُبلِغ المريض عن فظائع»[٥]، الذي أصبح قوة دفع رئيسية للصَّوغ النهائي لتشخيص اضطراب كرب ما بعد الصدمة، ناقشَت سارة الصعوبة الكبيرة التي لا تُطاق تقريبًا في الكلام عن (والاستماع إلى) الأعمال المروِّعة التي غالبًا ما يرتكبها الجنود في سياق تجاربهم الحربية. من الصعب بما يكفي مواجهة المعاناة التي تسبَّب بها الآخرون، لكن العديد من الأشخاص المصابين بصدمات يطاردهم بشكل أكبر في أعماقهم الخزي الذي يشعرون به حيال ما فعلوه أو

لم يفعلوه في ظل ظروف معينة. يحتقرون أنفسهم بسبب شعورهم بالرعب، أو الاعتمادية، أو الإثارة، أو الاهتياج.

في الأعوام اللاحقة، واجهت ظاهرة مماثلة عند الأطفال من ضحايا إساءة المعاملة؛ معظمهم يعانون خزيًا موجعًا بسبب الأفعال التي قاموا بها للنجاة والحفاظ على صلتهم مع الشخص الذي أساء إليهم.

هذا صحيح بشكل خاص إذا كان المعتدي شخصًا قريبًا من الطفل، شخصًا اعتمد عليه الطفل، كما هي الحال غالبًا. يمكن أن تكون النتيجة ارتباكًا حول ما إذا كان المرء ضحية أو مشاركًا راغِبًا، ما يؤدي بدوره إلى الحيرة بشأن الفرق بين الحب والرعب؛ الألم واللذة. سنعود إلى هذه المعضلة طوال هذا الكتاب.

الشعور بالخدر

ربما كان أسوأ أعراض توم شعوره بالخدر العاطفي. أراد بيأسٍ أن يحب عائلته، لكنه لم يستطِع استحضار أي مشاعر عميقة تجاهها. شعر ببُعدٍ عاطفي عن الجميع، وكأن قلبه مجمَّد، وكأنه يعيش خلف جدار زجاجي. امتد ذلك الخدر إلى نفسه أيضًا. لم يستطِع حقًّا أن يشعر بأي شيء سوى نوبات اهتياجه المؤقتة وخزيه. وصف كيف أنه بالكاد تعرف على نفسه عندما نظر في المرآة ليحلق. عندما سمع نفسه يُحاجج في قضية في المحكمة، راقب نفسه من بعيد وتساءل كيف لهذا الرجل، الذي صادف أنه يشبهه ويتحدث مثله، أن يكون قادرًا على تقديم مثل هذه الحجج المُقنِعة. عندما ربح قضية تظاهر بالسرور، وعندما خسر بدا الأمر كما لو أنه قد رأى ذلك قادمًا واستسلم للهزيمة حتى قبل حدوثها. على الرغم من حقيقة أنه كان محاميًا ناجِعًا للغاية، فإنه شعر دائمًا كما لو كان يطفو في الفضاء، مفتقرًا إلى أي إحساس بالهدف أو الاتجاه.

الشيء الوحيد الذي خفف أحيانًا من هذا الشعور بالافتقار إلى الهدف

هو الانخراط المكثف في قضية معينة. خلال فترة العلاج، كان على توم أن يُدافع عن رجل عصابات متهم بالقتل. طوال مدة المحاكمة، انغمس تمامًا في وضع استراتيجية لربح القضية، وكانت هناك مناسبات عديدة ظلَّ فيها مستيقظًا طوال الليل ليغمر نفسه في شيء يثيره بالفعل. قال إن الأمر أشبه بالقتال؛ شعر بأنه على قيد الحياة تمامًا، ولم يشغله شيء آخر. لكن في اللحظة التي ربح فيها توم تلك القضية، فقد طاقته وإحساسه بالغاية. عادت الكوابيس، وكذلك نوبات الاهتياج، بشكل مكثف إلى درجة أنه اضطر إلى الانتقال إلى فندق صغير للتأكد من أنه لن يؤذي زوجته أو طفليه. لكن كان من المرعب، أيضًا، أن يبقى وحيدًا، لأن شياطين الحرب عادت بكامل قوتها. حاول توم البقاء مشغولًا، وعمل، وشرب، وأخذ الأدوية الموصوفة، فعل أي شيء لتجنُّب مواجهة شياطينه.

ظل يقلِّب مجلة «سولدجر أوف فورتشن» (المرتزق)، وتخيَّل الالتحاق كمرتزق بإحدى الحروب الإقليمية العديدة التي كانت مستعرة في ذلك الوقت في أفريقيا. في ذلك الربيع، أخرج «الهارلي» وانطلق في طريق كانكاماجوس السريع في ولاية نيو هامبشاير. ساعدته اهتزازات، وسرعة، وخطر تلك الرحلة على استعادة اتزانه ورباطة جأشه، إلى درجة أنه تمكن من مغادرة غرفته في الفندق الصغير والعودة إلى عائلته.

إعادة تنظيم التصوُّر

دراسة أخرى أجريتها في «عيادة قدامى المحاربين» بدأت كبحث حول الكوابيس لكن انتهى بها الأمر إلى استكشاف كيفية تغيير الصدمة لتصوُّرات الناس وخيالاتهم. كان بيل، وهو مُسعِف سابق شَهِد وقائع جسيمة في فيتنام قبل عقد من الزمن، أول شخص سجل نفسه في دراستي حول الكوابيس. بعد تسريحه من الخدمة، التحق بمدرسة لاهوتية وعُيِّن في أبرشيته الأولى في كنيسة بروتستانتية في إحدى ضواحي بوسطن. كانت أحواله بخير حتى رُزق

هو وزوجته طفلَهما الأول. بعد ولادة الطفل بفترة وجيزة، عادت زوجته، وهي ممرضة، إلى العمل بينما ظل هو في المنزل، حيث عمل على تجهيز عظته الأسبوعية وغير ذلك من واجبات الأبرشية وعلى رعاية مولودهما الجديد. في أول يوم تُرِكَ وحده مع الطفل، أخذ الأخير في البكاء، ووجد بيل نفسه فجأةً مغمورًا بصور لا تُطاق لأطفال يموتون في فيتنام.

اضطر بيل إلى الاتصال بزوجته حتى تتولى رعاية الطفل وجاء إلى العيادة في حالة ذعر. وصف كيف ظل يسمع أصوات بكاء أطفال ويرى صور وجوه أطفال محترقة وملطخة بالدماء. اعتقد زملائي الأطباء أنه بالتأكيد مصاب بالذهان، لأن المراجع العلمية في ذلك الوقت كانت تقول إن الهلوسة السمعية والبصرية من أعراض الفصام الارتيابي. كما قدمت النصوص نفسها التي وفرت هذا التشخيص سببًا: ما أثار ذهان بيل على الأرجح هو إحساسه بأنه صار يحتل مكانة أدنى في وجدان زوجته بسبب طفلهما الجديد.

عندما وصلتُ إلى حجرة الاستقبال في ذلك اليوم، رأيت بيل محاطًا بأطباء قَلِقين يستعدُّون لحقنه بعقار قوي مضاد للذهان وإرساله إلى جناح مغلق. وصفوا أعراضه وسألوني عن رأيي. وبما أني عملت في وظيفة سابقة في جناح متخصص في علاج مرضى الفصام، فقد أثار الأمر فضولي. شيء ما حول التشخيص بدا لي غير صحيح. سألت بيل عما إذا كان بإمكاني التكلُّم معه، وبعد سماع قصته، اقتبست بتصرُّف وعن غير قصد شيئًا قاله سيجموند فرويد عن الصدمة عام ١٨٩٥: «أعتقد أن هذا الرجل يعاني ذكريات ما». أخبرت بيل بأني سأحاول مساعدته، وبعد أن عرضت عليه بعض الأدوية للسيطرة على ذعره، سألته عما إذا كان على استعداد للعودة، بعد بضعة أيام، من أجل المشاركة في دراستي حول الكوابيس[٦]، فوافق.

كجزء من تلك الدراسة، كنا نعطي المشاركين اختبار رورشاخ[٧]. على عكس الاختبارات التي تتطلب إجابات عن أسئلة مباشرة، يكاد يكون من المستحيل تلفيق الإجابات عن أسئلة رورشاخ، فهذا الاختبار يوفِّر لنا

طريقة فريدة لملاحظة كيفية بناء الناس لصورة ذهنية مما هو في الأساس حافز لا معنى له؛ بقعة حبر. بالنظر إلى أن البشر مخلوقات مشكِّلة للمعنى، فإننا نميل إلى خلق نوع من الصورة أو القصة من بقع الحبر هذه، تمامًا كما نفعل عندما نستلقي في مرج في يوم صيفي جميل ونرى صورًا في السحب الطافية عاليًا. ما يصنعه الناس من هذه البقع يمكن أن يخبرنا كثيرًا عن الكيفية التي تعمل بها عقولهم.

عند رؤية البطاقة الثانية من اختبار رورشاخ، صاحَ بيل في رعب:

ـ هذا هو ذلك الطفل الذي رأيته يُفجَّر في فيتنام. في المنتصف، ترى اللحم المتفحِّم، والجروح، والدم يسيل في كل مكان.

كان يلهث والعرق يقطر على جبينه، في حالة ذعر مماثلة لتلك التي جلبته في البداية إلى العيادة. على الرغم من أني سمعت محاربين قدامى يصفون ذكرياتهم المباغتة واللاإرادية المتكررة، فقد كانت هذه المرة الأولى التي أشهد فيها إحدى مثل هذه الذكريات. في تلك اللحظة تحديدًا في مكتبي، كان من الواضح أن بيل يرى الصور نفسها، ويشم الروائح نفسها، ويشعر بالأحاسيس الجسدية نفسها التي شعر بها خلال الحدث الأصلي. بعد عشرة أعوام من حمله بلا حول ولا قوة طفلًا يحتضر بين ذراعيه، كان بيل يعيش ثانيةً الصدمة كاستجابة لبقعة حبر.

ساعدتني رؤية بيل بشكل مباشر ـ وهو يصف ذكراه المباغتة واللاإرادية في مكتبي ـ على إدراك المعاناة التي تغشى بانتظامٍ قدامى المحاربين الذين كنت أحاول علاجهم، وساعدتني على تقدير مدى أهمية إيجاد حل مرة أخرى. إن الحدث الصادم نفسه، مهما كان مروعًا، له بداية ووسط ونهاية، لكني رأيت الآن أن الذكريات المباغتة واللاإرادية يمكن أن تكون أسوأ. لا تعرف أبدًا متى ستنقض عليك مجددًا وليست لديك طريقة لمعرفة متى ستتوقف. استغرق مني الأمر أعوامًا لأتعلم كيفية معالجة الذكريات المباغتة واللاإرادية بفعالية، وفي هذه العملية تبيَّن أن بيل هو أحد أهم مرشديَّ.

عندما أعطينا اختبار رورشاخ لواحد وعشرين من قدامى المحاربين الآخرين، كانت الاستجابة متسقة: ستة عشر منهم، عند رؤيتهم البطاقة الثانية، تصرفوا كما لو كانوا يعانون صدمة في وقت الحرب. بطاقة رورشاخ الثانية هي أول بطاقة تحتوي على ألوان وغالبًا ما تستثير استجابة تأخذ شكل ما يسمى «صدمة اللون». وقد فسر المحاربون القدامى هذه البطاقة بأوصاف مثل: «هذه أحشاء صديقي جيم بعد أن مزقته قذيفة هاون» و«هذه رقبة صديقي داني بعد أن فجَّرت قذيفةٌ رأسه بينما كنا نتناول الغداء». لم يشِر أيٌّ منهم إلى رهبان راقصين، أو فراشات ترفرف، أو رجال على دراجات نارية، أو أيٍّ من الصور العادية الأخرى، وأحيانًا الغريبة بشكل مَرِح التي يراها معظم الناس.

في حين أن غالبية قدامى المحاربين كانوا مستائين إلى حدٍّ كبير مما رأوه، فقد كانت ردود فعل الخمسة الباقين أكثر إثارة للقلق: أصبحوا ببساطة غير قادرين على قراءة أي شيء في البطاقة. علّق أحدهم:

ـ ما من شيء هنا. إنها مجرد بقعة حبر.

كانوا على حق، بالطبع، لكن استجابة الإنسان الطبيعية للمحفِّزات الغامضة تتمثل في استخدام خيالنا لقراءة شيء ما فيها.

تعلمنا من اختبارات رورشاخ هذه أن الأشخاص المصابين بصدمات لديهم ميل إلى فرض صدمتهم على كل شيء من حولهم، وأنهم يواجهون صعوبة في فك رموز أي شيء يحدث من حولهم. ويبدو أن هناك القليل بين هذا وذاك. تعلمنا أيضًا أن الصدمة تؤثر في الخيال، فالرجال الخمسة الذين لم يروا شيئًا في بقع الحبر فقدوا القدرة على ترك عقولهم تلعب. وأيضًا الرجال الستة عشر الآخرون، لأنهم عند رؤيتهم مشاهد من الماضي في تلك البقع لم يظهروا المرونة الذهنية التي هي السمة المميزة للخيال. استمروا ببساطة في كرِّ بَكَرَة قديمة.

الخيال أمر بالغ الأهمية لنوعية حيواتنا. يمكِّننا خيالنا من ترك وجودنا

اليومي الروتيني من خلال تخيُّل السفر، أو الطعام، أو الجنس، أو الوقوع في الحب، أو امتلاك الكلمة الأخيرة في نقاش ما؛ كل الأشياء التي تجعل الحياة مشوقة. يمنحنا الخيال الفرصة لتصوُّر إمكانات جديدة؛ إنه منصَّة انطلاق جوهرية لجعل آمالنا تتحقق. يحفز إبداعنا، ويخفف مللنا، ويسكن آلامنا، ويعزز لذتنا، ويثري علاقاتنا الأكثر حميمية. عندما يُسحب الناس بشكل قهري ومستمر إلى الماضي، إلى آخر مرة شعروا فيها بالمشاركة الشديدة والعواطف العميقة، فإنهم يعانون فشلًا في الخيال، وفَقْدًا في المرونة العقلية. من دون خيال لا يوجد أمل، ولا فرصة لتصوُّر مستقبل أفضل، ولا مكان نقصده، ولا هدف نصل إليه.

علمتنا اختبارات رورشاخ أيضًا أن الأشخاص المصابين بصدمات ينظرون إلى العالم بطريقة مختلفة اختلافًا جوهريًّا عن غيرهم. بالنسبة إلى معظمنا، فإن الرجل الذي يسير باتجاهنا في الشارع هو مجرد شخص يتمشَّى. ومع ذلك، قد تراه ضحية الاغتصاب شخصًا على وشك التعرُّض لها، وتدخل في حالة من الذعر. قد يكون وجود معلمة مدرسة صارمة أمرًا مثيرًا للرهبة بالنسبة إلى طفل عادي، لكن بالنسبة إلى طفل يضربه زوج أمه، فإنها قد تمثل معذِّبًا وتتسبب في هجمة غضب تصيب الطفل أو انكماشه مرتعدًا في الزاوية.

عالق في الصدمة

كانت عيادتنا مليئة بقدامى المحاربين الذين يطلبون المساعدة النفسية. ومع ذلك، بسبب نقص حاد في الأطباء المؤهلين، كل ما أمكننا فعله هو وضع معظمهم على قائمة الانتظار، حتى مع استمرارهم في معاملة أنفسهم وعائلاتهم بوحشية. بدأنا نشهد زيادة حادة في تعرُّض قدامى المحاربين للاعتقال بسبب جرائم عنيفة ومشاجرات تحت تأثير الكحول، بالإضافة إلى عدد مثير للقلق من حالات الانتحار. تلقيت إذنًا لتأسيس مجموعة من

أجل قدامى المحاربين الشباب في فيتنام تعمل كنوع من الخزّان الحاوي المؤقّت إلى أن يبدأ العلاج «الحقيقي».

في الجلسة الافتتاحية لمجموعة من مشاة البحرية السابقين، أعلن أول متحدث بشكل قاطع:

ـ لا أريد الكلام عن الحرب.

أجبته أنه يمكن للأعضاء مناقشة أي شيء يريدونه. بعد نصف ساعة من الصمت الموجع، شرع أحدهم أخيرًا في الكلام عن تحطُّم مروحيته. لذهولي، دبَّت الحياة على الفور في البقية، وتحدَّثوا بشدة عن تجاربهم الصادمة. عادوا جميعًا في الأسبوع التالي والأسبوع الذي يليه. وجدوا في المجموعة صدى ومعنى لما كان في السابق مجرد أحاسيس بالرعب والفراغ. شعروا بإحساس متجدِّد بالرفاقية التي كانت حيوية للغاية بالنسبة إلى تجربة الحرب الخاصة بهم. أصروا على أني يجب أن أكون جزءًا من وحدتهم الجديدة، وأعطوني زي قبطان مشاة بحرية في عيد ميلادي. بأثرٍ رجعي، كشفت هذه الحركة عن جزء من المشكلة: إما أن تكون داخل الوحدة وإما خارجها، إما أن تنتمي إلى الوحدة وإما تكون نكرة. بعد الصدمة، يصبح العالم منقسمًا بشكل حاد بين أولئك الذين يعرفون وأولئك الذين لا يعرفون. الأشخاص الذين لم يتقاسموا التجربة الصادمة لا يمكن الوثوق بهم، لأنهم لا يستطيعون فهمها. وبشكل محزن، غالبًا ما يشمل هذا القرينات، والأبناء، وزملاء العمل.

لاحقًا، قدت مجموعة أخرى، هذه المرة من قدامى المحاربين في جيش الجنرال باتون؛ رجال الآن في السبعينيات من عمرهم، كلهم كبار بما يكفي ليكونوا في مقام أبي. كنا نلتقي في الثامنة من صباح كل يوم اثنين. في فصل الشتاء في بوسطن، تشلُّ العواصف الثلجية أحيانًا نظام النقل العام، لكن لذهولي واصل جميعهم الحضور حتى في أثناء العواصف الثلجية، وبعضهم كان يمشي متثاقلًا لعدة أميال عبر الثلج من أجل الوصول إلى العيادة. في عيد

الميلاد، أهدوني ساعة يد عسكرية من إصدار «جي آي» تعود إلى أربعينيات القرن العشرين. كما كانت الحال مع مجموعة مشاة البحرية، لا يمكن أن أكون طبيبهم إلا إذا جعلوني واحدًا منهم.

مع الإقرار بالطبيعة المؤثرة التي كانت عليها هذه التجارب، أصبحت حدود العلاج الجماعي واضحة عندما حثثتُ الرجال على الكلام عن المسائل التي واجهوها في حياتهم اليومية؛ علاقاتهم مع زوجاتهم، وأطفالهم، وحبيباتهم، وعائلاتهم، والتعامل مع رؤسائهم والعثور على الإشباع في عملهم، واستخدامهم المفرط للكحول. اعتادوا الرفض والمقاومة وسرد قصص عن غرسهم خنجرًا في قلب جندي ألماني في غابة هورتجن أو عن سقوط مروحيتهم في أحراش فيتنام.

سواء كانت الصدمة قد حدثت قبل عشرة أعوام أو أكثر من أربعين عامًا، لم يستطِع مرضاي سد الفجوة بين تجاربهم في وقت الحرب وحيواتهم الحالية. بطريقة ما، أصبح الحدث نفسه الذي تسبَّب لهم في الكثير من الألم مصدرهم الوحيد للمعنى. شعروا بأنهم على قيد الحياة بالكامل فقط عندما كانوا يستعيدون ماضيهم الصادم.

تشخيص كرب ما بعد الصدمة

في تلك الأيام الأولى في العيادة، صنفنا قدامى المحاربين بكلِّ أنواع التشخيصات ـ إدمان الكحول، وإساءة استعمال المواد المخدرة، والاكتئاب، واضطراب المزاج، وحتى الفصام ـ وجرَّبنا كل علاج موجود في مقرراتنا الدراسية. لكن على الرغم من كل جهودنا، أصبح من الواضح أننا في الواقع ننجز القليل جدًّا. غالبًا ما تركت الأدوية القوية التي وصفناها الرجالَ في حالة من التشوش إلى درجة أنهم بالكاد استطاعوا القيام بالوظائف البشرية الأساسية. عندما شجعناهم على التحدث عن التفاصيل الدقيقة لحدثٍ صادم، غالبًا ما أثرنا عن غير قصدٍ ذكرى مباغتة ولا إرادية مكتملة، بدلًا من

مساعدتهم في حل المشكلة. ترك الكثير منهم العلاج، لأننا لم نفشل فقط في المساعدة ولكن في بعض الأحيان جعلنا الأمور أسوأ.

حدثت نقطة تحول في عام ١٩٨٠، عندما نجحت مجموعة من قدامى المحاربين في فيتنام، بمساعدة المحللين النفسيين في نيويورك حاييم شاتان وروبرت ج. ليفتون، في الضغط على «الجمعية الأمريكية للطب النفسي» لوضع تشخيص جديد؛ «اضطراب كرب ما بعد الصدمة» الذي وصف مجموعة من الأعراض كانت شائعة، بدرجة أكبر أو أقل، بين جميع قدامى المحاربين الذين كنا نعالجهم. إن تحديد الأعراض وتجميعها معًا بشكل منهجي ضمن اضطراب منحا أخيرًا اسمًا لمعاناة الأشخاص الذين طغى عليهم الرعب والعجز. بوجود الإطار المفاهيمي لاضطراب كرب ما بعد الصدمة، مُهِّد المسرح لتغيير راديكالي في فهمنا لمرضانا. أدى هذا في النهاية إلى انفجار في البحث ومحاولات لإيجاد علاجات فعَّالة.

بوحيٍ من الاحتمالات التي قدمها هذا التشخيص الجديد، اقترحتُ دراسة حول بيولوجيا الذكريات الصادمة على الإدارة التي تخضع لها العيادة. هل اختلفت ذكريات أولئك الذين يعانون اضطراب كرب ما بعد الصدمة عن ذكريات غيرهم؟ بالنسبة إلى معظم الناس، تتلاشى ذكرى حدث غير سار في النهاية أو تتحول إلى شيء غير خطر. لكن معظم مرضانا لم يتمكنوا من تحويل ماضيهم إلى قصة حدثت منذ زمن بعيد[٨].

جاء في السطر الافتتاحي لرفض المنحة ما يلي: «لم يُثبَت أن اضطراب كرب ما بعد الصدمة له صلة بمهمة إدارة قدامى المحاربين». منذ ذلك الحين، بالطبع، أصبحت مهمة العيادة منظَّمة حول تشخيص اضطراب كرب ما بعد الصدمة وإصابة الدماغ، وكُرِّست موارد كبيرة لتطبيق «العلاجات القائمة على الأدلة» على قدامى المحاربين المصابين بصدمات. لكن في ذلك الوقت كانت الأمور مختلفة، وبما أني لم أرغب في الاستمرار في العمل في منظمة رؤيتها للواقع تخالف رؤيتي بشدة، فقد تقدَّمت باستقالتي. في

عام ١٩٨٢ شغلت منصبًا في «مركز ماساتشوستس للصحة العقلية»، وهو المستشفى التعليمي التابع لجامعة هارفارد الذي كنت قد تدرَّبت فيه لأصبح طبيبًا نفسيًّا. تمثَّلت مسؤوليتي الجديدة في تدريس مجال ناشئ؛ علم الأدوية النفسية، إعطاء الأدوية للتخفيف من الأمراض العقلية.

في وظيفتي الجديدة، كنت أواجه ـ كل يوم تقريبًا ـ مشكلات اعتقدت أني تركتها خلفي في «عيادة قدامى المحاربين». جعلتني تجربتي مع قدامى المحاربين حسَّاسًا للغاية لتأثير الصدمة، إلى درجة أني صرتُ أصغي الآن بأذن مختلفة تمامًا عندما يخبرني مرضى الاكتئاب والقلق قصص التحرش والعنف الأسري. أدهشني بشكل خاص عدد المريضات اللاتي تحدثن عن تعرضهن للاعتداء الجنسي في طفولتهن. كان هذا محيرًا، حيث ذكر المقرر الدراسي المعياري للطب النفسي في ذلك الوقت أن نكاح المحارم نادر للغاية في الولايات المتحدة، حيث يحدث لامرأة واحدة بين كل مليون امرأة[٩]. بالنظر إلى أنه كانت تعيش في الولايات المتحدة في ذلك الوقت نحو مائة مليون امرأة، تساءلتُ كيف وجد سبع وأربعون منهن، نصفهن تقريبًا، طريقهن إلى مكتبي في قبو المستشفى.

علاوة على ذلك، قال المقرر الدراسي: «هناك اتفاق ضئيل حول دور نكاح المحارم بين الأب وابنته بوصفه مصدرًا لأمراض نفسية خطيرة لاحقة». لم يكن مرضاي الذين لديهم تاريخ من نكاح المحارم خالين من «الأمراض النفسية اللاحقة»، لقد عانوا بشكل شديد الاكتئابَ، والارتباك، وغالبًا ما انخرطوا في سلوكيات مؤذية للذات بشكل غريب، مثل جرح أنفسهم بشفرات الحلاقة. ذهب المقرر الدراسي إلى حد تأييد نكاح المحارم عمليًّا، موضحًا أن «مثل هذا النشاط المتعلق بنكاح المحارم يقلل من فرصة معاناة الذات من الذهان ويسمح بالتكيف بشكل أفضل مع العالم الخارجي»[١٠]. في الواقع، كما اتضح، كان لنكاح المحارم آثار مدمرة في رَفاه النساء.

من نواحٍ عديدة، لم يكن هؤلاء المرضى مختلفين تمامًا عن قدامى

المحاربين الذين تركتهم خلفي للتو في العيادة. عانوا أيضًا كوابيس وذكريات مباغتة ولا إرادية. كما أنهم تنقّلوا بين نوبات اهتياج انفجارية عرضية وفترات طويلة من الانغلاق العاطفي. واجه معظمهم صعوبة كبيرة في الانسجام مع أشخاص آخرين وواجهوا صعوبة في الحفاظ على علاقات ذات مغزى.

كما نعرف الآن، ليست الحرب هي المصيبة الوحيدة التي تترك حياة البشر في حالة خراب. في حين أن ربع الجنود الذين يخدمون في مناطق الحرب من المتوقع أن يطوِّروا مشكلات ما بعد صدمة خطيرة[١١]، فإن غالبية الأمريكيين يتعرضون لجريمة عنيفة في وقت ما خلال حياتهم، وقد كشفت تقارير أكثر دقة أن اثني عشر مليون امرأة في الولايات المتحدة ضحايا للاغتصاب. تحدُث أكثر من نصف حالات الاغتصاب لفتيات دون سن الخامسة عشرة[١٢]. بالنسبة إلى كثير من الناس تبدأ الحرب في المنزل: في كل عام، يُبلَغ عن نحو ثلاثة ملايين طفل في الولايات المتحدة بوصفهم ضحايا لإساءة المعاملة والإهمال. مليون من هذه الحالات خطير، وله مصداقية بما يكفي لإجبار خدمات حماية الطفل المحلية أو المحاكم على اتخاذ إجراءات[١٣]. بمعنى آخر، مقابل كل جندي يخدم في منطقة حرب بالخارج، هناك عشرة أطفال معرضون للخطر في منازلهم. هذا وضع مأساوي بشكل خاص، لأنه من الصعب جدًّا على الأطفال الذين يكبرون التعافي عندما لا يكون مصدر الرعب والألم هو المقاتلين الأعداء ولكن القائمين على رعايتهم.

فهم جديد

خلال العقود الثلاثة التي تلت لقائي بتوم، تعلمنا قدرًا هائلًا ليس فقط عن تأثير الصدمة ومظاهرها، ولكن أيضًا عن طرق مساعدة الأشخاص المصابين بصدمات على العودة إلى الحياة الطبيعية. منذ أوائل التسعينيات من القرن العشرين، بدأت أدوات التصوير الدماغي تُظهِر لنا ما يحدث بالفعل داخل

أدمغة الأشخاص المصابين بصدمات. وقد ثبت أن هذا جوهري لفهم الضرر الذي تسببه الصدمات وأرشدنا إلى صياغة طرق جديدة تمامًا للإصلاح.

بدأنا أيضًا في فهم كيف تؤثر التجارب الغامِرة في أحاسيسنا العميقة وعلاقتنا بواقعنا المادي، جوهر ما نحن عليه. تعلمنا أن الصدمة ليست مجرد حدث وقع في وقت ما في الماضي؛ إنها أيضًا البصمة التي تركتها تلك التجربة على العقل، والدماغ، والجسم. هذه البصمة لها عواقب مستمرة على كيفية تمكُّن الجهاز العضوي البشري من النجاة في الوقت الحاضر.

ينتج عن الصدمة إعادة تنظيم أساسية للطريقة التي يدير بها العقل والدماغ التصوُّرات. لا تغير الصدمة فقط طريقة تفكيرنا وما نفكر فيه، ولكن أيضًا قدرتنا على التفكير. اكتشفنا أن مساعدة ضحايا الصدمة في العثور على الكلمات لوصف ما حدث لهم مجدية بشكل عميق، لكنها عادةً لا تكون كافية. ففعل رواية القصة لا يغير بالضرورة الاستجابات الجسدية والهرمونية الأوتوماتيكية للأجسام التي تظل مفرطة اليقظة، على استعداد للتعرُّض للاعتداء أو الانتهاك في أي وقت. لكي يحدث التغيير الحقيقي، يحتاج الجسم إلى معرفة أن الخطر قد انتهى وأن يعيش في واقع الحاضر. قادنا بحثنا لفهم الصدمة إلى التفكير بشكل مختلف ليس فقط في بنية العقل ولكن أيضًا في العمليات التي يُشفى بها.

الفصل الثاني

ثورات
في فهم العقل والدماغ

«كلما زاد الشك زادت اليقظة؛ كلما صغر الشك صغرت اليقظة. لا شك، لا يقظة».

– س.س. تشانج، «ممارسة الزن»

«إنك تعيش خلال ذلك الجزء الصغير من الوقت الذي تملكه، لكن ذلك الجزء من الوقت ليس فقط حياتك، بل إنه تلخيص كل الحيوات الأخرى المتزامنة مع حياتك... ما أنت عليه تعبير للتاريخ».

– روبرت بن وارن، «ما يكفي من عوالم وأزمان»

في أواخر الستينيات من القرن العشرين، خلال عام من الراحة بين عامي الأول والثاني في كلية الطب، أصبحت شاهدًا عرضيًّا على تحول عميق في المقاربة الطبية للمعاناة العقلية. كنت قد حصلت على وظيفة مريحة بوصفي مقدِّم خدمات في جناح الأبحاث في «مركز ماساتشوستس للصحة العقلية»، حيث وُضِعَت على عاتقي مسؤولية تنظيم الأنشطة الترفيهية للمرضى. لطالما عُدَّ «مركز ماساتشوستس للصحة العقلية» واحدًا من أرقى مستشفيات الطب

النفسي في البلاد، جوهرة في تاج الإمبراطورية التعليمية لكلية الطب بجامعة هارفارد. كان هدف البحث في الجناح الخاص بي هو تحديد ما إذا كان العلاج النفسي أو الدواء أفضل طريقة لعلاج الشباب الذين عانوا للمرة الأولى انهيارًا عقليًا شُخِّص على أنه فصام.

كان العلاج بالكلام ـ الذي تفرَّع عن التحليل النفسي الفرويدي ـ لا يزال العلاج الأساسي للمرض العقلي في «مركز ماساتشوستس للصحة العقلية». ومع ذلك، في أوائل الخمسينيات من القرن العشرين، اكتشفت مجموعة من العلماء الفرنسيين مركبًا جديدًا، «الكلوربرومازين» (يُباع تحت الاسم التجاري «ثورازين»)، يمكن أن «يهدِّئ» المرضى ويجعلهم أقل اهتياجًا ووهمًا. منح ذلك الأمل في إمكانية تطوير أدوية لعلاج مشكلات عقلية خطيرة مثل الاكتئاب، والذعر، والقلق، والهوس، بالإضافة إلى إدارة بعض أكثر الأعراض المزعجة للفصام.

بوصفي مقدِّم خدمات، لم يكن لي أي علاقة بالجانب البحثي للجناح ولم أُخبَر قَطُّ بالعلاج الذي كان يتلقاه أيٌّ من المرضى. كانوا جميعًا قريبين من عمري؛ طلاب جامعيون من جامعة هارفارد، و«معهد ماساتشوستس للتكنولوجيا»، وجامعة بوسطن. حاول بعضهم الانتحار؛ وجرح آخرون أنفسهم بالسكاكين أو شفرات الحلاقة؛ وهاجم العديدون منهم زملاءهم في السكن أو بدلًا من ذلك أخافوا آباءهم أو أصدقاءهم بسلوكهم غير العقلاني الذي لا يمكن التنبؤ به. كانت وظيفتي هي إبقاءهم منخرطين في الأنشطة العادية لطلاب الجامعات، مثل تناول الطعام في صالة البيتزا الداخلية، والتخييم في الغابة القريبة التابعة للولاية، وحضور مباريات فريق «ريد سوكس»، والإبحار في نهر تشارلز.

ولأني جديد تمامًا في هذا المجال، جلست في حالة انتباه منغمسًا خلال اجتماعات الجناح، محاولًا فك رموز الكلام والمنطق المعقد للمرضى. كان عليَّ أيضًا أن أتعلم كيفية التعامل مع انفجاراتهم غير

العقلانية وانسحابهم المرعب. ذات صباح، وجدت مريضة تقف كما التمثال في غرفة نومها، وذراعاها مرفوعتان في إيماءة دفاعية، ووجهها متجمِّد من الخوف. بقيَتْ هناك، جامدة، لاثنتي عشرة ساعة على الأقل. أعطاني الأطباء اسم حالتها؛ «كاتاتونيا»، لكن حتى المقررات الدراسية التي اطلعت عليها لم تخبرني بما يمكن فعله حيال ذلك. كان علينا أن ندع الحالة تأخذ دورتها بلا تدخل.

الصدمة قبل الفجر

قضيت عديدًا من الليالي والعطلات الأسبوعية في الوحدة، ما عرَّضني لأشياء لم يرَها الأطباء قَطُّ خلال زياراتهم القصيرة. عندما لم يتمكن المرضى من النوم كانوا يهيمون غالبًا في أرواب الحمام الملفوفة بإحكام ويدخلون غرفة التمريض المعتمة ليتكلموا. بدا أن هدوء الليل يساعدهم على الانفتاح، وأخبروني قصصًا عن تعرضهم للضرب، أو الاعتداء، أو التحرش، غالبًا على يد آبائهم، وأحيانًا على يد أقارب، أو زملاء دراسة، أو جيران. شاركوا ذكريات عن استلقائهم في الفراش ليلًا، في حالة عجز وذعر، واستماعهم إلى الأم تتعرض للضرب على يد الأب أو على يد حبيبٍ لها، واستماعهم إلى الأب والأم يصرخان بتهديدات مروِّعة في وجه بعضهما بعضًا، واستماعهم إلى أصوات تحطُّم أثاث. أخبرني آخرون عن آباء يعودون إلى البيت في حالة سكْر، وكيف سمعوا خطواتهم على بسطة السلم وكيف انتظروا دخولهم الغرفة، وسحبهم لهم من الفراش، ومعاقبتهم على جُرم متخيَّل. تذكَّرت العديد من النساء الاستلقاء مستيقظات، بلا حركة، في انتظار ما لا مفرَّ منه؛ مجيء أخ أو أب إلى غرفهن للتحرش بهن.

خلال الجولات الصباحية، عرض الأطباء الشباب الحالات التي يعالجونها على مشرفيهم، وهو طقس سُمح لمقدِّمي الخدمات في الجناح بمتابعته في صمت. نادرًا ما ذكروا قصصًا مثل تلك التي سمعتها. ومع

ذلك، أكدت العديد من الدراسات اللاحقة أهمية اعترافات منتصف الليل تلك: نعرف الآن أن أكثر من نصف الأشخاص الذين يسعون للحصول على رعاية طبية نفسية قد تعرضوا للاعتداء، أو الهجران، أو الإهمال، أو حتى الاغتصاب وهم أطفال، أو شهدوا عنفًا وسط عائلاتهم(١٤). لكن مثل هذه التجارب بدت خارج طاولة الحوار في أثناء الجولات الصباحية. غالبًا ما تفاجأتُ بالطريقة الفاتِرة التي نُوقشت بها أعراض المرضى ومقدار الوقت الذي أمضي في محاولة إدارة أفكارهم الانتحارية وسلوكياتهم المدمِّرة للذات، بدلًا من فهم الأسباب المحتملة ليأسهم وعجزهم. كما أذهلتني قلَّة الاهتمام بإنجازاتهم وتطلعاتهم؛ وبمَن اهتمُّوا، أو من أحبوا، أو كرهوا، وما الذي حفَّزهم وأشركهم، وما الذي جعلهم عالقين، وما الذي جعلهم يشعرون بالسلام؛ بِيئيَّات حيواتهم.

بعد بضعة أعوام، بوصفي طبيبًا شابًا، واجهت مثالًا صارخًا بشكل خاص بالنسبة إلى النموذج الطبي المعمول به. كنت حينها أعمل في وظيفة جانبية في مستشفى كاثوليكي، حيث أجريت فحوصات جسدية على النساء اللواتي أُدخِلن لتلقي العلاج بالصدمة الكهربائية بسبب اكتئابهن. ولأني مهاجر فضولي، كنت أرفع عيني عن المخططات الخاصة بهن وأسألهن عن حيواتهن. روت الكثيرات منهن قصصًا عن زيجات مؤلمة، وأطفال صعاب، وشعور بالذنب بسبب الإجهاض. وبينما تحدثن، أشرقت وجوههن بشكل واضح وغالبًا ما وجَّهن إليَّ الشكر الجزيل على الاستماع إليهن. تساءل بعضهن عما إذا كن لا يزلن بحاجة إلى الصدمة الكهربائية بعد أن أزحن كثيرًا عن صدورهن. لطالما شعرت بالحزن في نهاية هذه الجلسات، لأني أعلم أن العلاجات التي سيخضعن لها في صباح اليوم التالي ستمحو كل ذكرى لحديثنا. لم أستمر طويلًا في تلك الوظيفة.

في أيام إجازتي من جناح «مركز ماساتشوستس للصحة العقلية»، غالبًا ما كنت أذهب إلى «مكتبة كونتواي للطب» لمعرفة المزيد عن المرضى الذين

من المفترض أن أساعدهم. في ظهيرة يوم سبت، عثرت على أطروحة لا تزال تحظى بالتبجيل حتى اليوم؛ مُقرَّر يوجين بلولر الدراسي لعام ١٩١١ «العته المبكِّر» (Dementia Praecox). كانت ملاحظات بلولر رائعة:

> من بين الهلوسات الجسمانية الفصامية، تُعدُّ الهلوسات الجنسية الأكثر شيوعًا والأكثر أهمية. يختبر هؤلاء المرضى كل نشوات ومُتَع الإشباع الجنسي الطبيعي وغير الطبيعي، ولكن في كثير من الأحيان كل ممارسة فاحشة ومثيرة للاشمئزاز يمكن أن تستحضرها أكثر الرغبات الخيالية جموحًا. يُسحَب السائل المنوي من المرضى الذكور؛ وتُحفَّز حالات انتصاب مؤلمة. تتعرض النساء المريضات للاغتصاب والإيذاء بأبشع الطرق... على الرغم من المعنى الرمزي للعديد من هذه الهلوسات، فإن غالبيتها تتوافق مع أحاسيس حقيقية[١٥].

جعلني هذا أتساءل: عانى مرضانا الهلوسات، سأل الأطباء عنها بشكل روتيني وأشاروا إليها على أنها علامات على مدى اضطراب المرضى. لكن إذا كانت القصص التي سمعتها في الساعات الأولى من الصباح صحيحة، فهل يمكن أن تكون هذه «الهلوسات» في الواقع ذكريات مجزَّأة لتجارب حقيقية؟ هل الهلوسات مجرد تلفيقات أدمغة مريضة؟ هل يمكن للناس تشكيل أحاسيس جسدية لم يختبروها من قبل؟ هل ثمة خط واضح بين الإبداع والخيال المرضي؟ بين الذاكرة والخيال؟ تظل هذه الأسئلة بلا إجابة حتى يومنا هذا، لكن الأبحاث أظهرت أن الأشخاص الذين تعرَّضوا للإساءة كأطفال غالبًا ما يشعرون بأحاسيس (مثل آلام البطن) ليس لها سبب جسدي واضح؛ يستمعون إلى أصوات تحذِّر من الخطر أو تتَّهمهم بجرائم شنيعة.

ما من شك في أن العديد من مرضى الجناح انخرطوا في سلوكيات عنيفة، وغريبة، ومدمِّرة للذات، خصوصًا عندما شعروا بالإحباط، أو الخيبة، أو سوء الفهم. دخلوا في نوبات غضب، وقذفوا أطباقًا، وحطموا نوافذ، وجرحوا

أجسامهم بشظايا الزجاج. في ذلك الوقت، لم يكن لديَّ أي فكرة عن سبب رد فعل شخص ما على طلب بسيط - «دعني أنظِّف تلك اللزوجة من شعرك» - باهتياج أو رعب. عادةً ما تبعت خطى الممرضين المتمرسين، الذين لوَّحوا متى كان علينا التراجع أو - إذا لم ينجح ذلك - كبح المريض. أذهلني وروَّعني الرضا الذي شعرت به أحيانًا بعد أن صارعت مريضًا وأنزلته على الأرض حتى يتمكن ممرضٌ من حقنه، وأدركت تدريجيًّا أن تدريبنا المهني كان موجهًا لمساعدتنا على البقاء مسيطرين في مواجهة الحقائق المرعبة والمربكة.

كانت سيلفيا طالبة فائقة الجمال بجامعة بوسطن تبلغ من العمر تسعة عشر عامًا وعادةً ما جلست بمفردها في إحدى زوايا الجناح، حيث بدت خائفة حتى الموت وصامتة تقريبًا، لكن سُمعتها بوصفها صديقة لرجل عصابات مهم في بوسطن أعطتها هالة من الغموض. بعد أن رفضت تناول الطعام لأكثر من أسبوع وبدأت تفقد وزنها بسرعة، قرر الأطباء إطعامها بالقوة. تطلَّب الأمر ثلاثة منَّا لتثبيتها، وآخر لدفع أنبوب التغذية المطاطي إلى أسفل حلقها، وممرضًا لسكب المغذيات السائلة في معدتها. لاحقًا، خلال اعتراف في منتصف الليل، تحدَّثت سيلفيا باستحياء وتردد عن اعتداء جنسي وقع لها في طفولتها على يد شقيقها وعمها. أدركتُ حينها أنها لا بد أن تكون قد شعرت بعرض «الرعاية» الذي قمنا به وكأنه اغتصاب جماعي. ساعدتني هذه التجربة، وغيرها من التجارب المشابهة، في صياغة هذه القاعدة لطلابي: إذا فعلت لمريض شيئًا ما كنت لتفعله لأصدقائك أو لأطفالك، فضع في حسبانك ما إذا كنت تقوم عن غير قصد بتكرار صدمة من ماضي المريض.

خلال دوري بوصفي قائدًا للأنشطة الترفيهية، لاحظتُ أشياء أخرى؛ بوصفهم مجموعة كان المرضى خرقاء بشكل لافت للنظر، وغير منسقين جسديًّا. عندما ذهبنا للتخييم، وقف معظمهم بلا حول ولا قوة بينما كنت أنصب الخيام. كدنا ننقلب مرة خلال عاصفة مفاجئة في نهر تشارلز لأنهم تجمَّعوا متصلبين عند جانب القارب المحجوب عن الرياح، غير قادرين

على إدراك أنهم بحاجة إلى تغيير وضعهم لتحقيق التوازن في القارب. في ألعاب الكرة الطائرة، كان الموظفون دائمًا أفضل تنسيقًا من المرضى. ومن السمات الأخرى التي شاركوها أنه حتى محادثاتهم الأكثر استرخاءً بدت متكلِّفة، وافتقرت إلى التدفق الطبيعي للإيماءات وتعبيرات الوجه المعتادة بين الأصدقاء. لم تتضح أهمية هذه الملاحظات إلا بعد أن قابلت المعالجَين بيتر ليفين وبات أوجدن وكلاهما يركِّز على الجسم؛ في الفصول اللاحقة سيكون لديَّ الكثير لأقوله حول كيفية تملُّك الصدمة من أجسام الناس.

فهم المعاناة

بعد العام الذي أمضيته في جناح البحث، استأنفت الدراسة في كلية الطب وبعد ذلك، بوصفي طبيبًا حديث التخرج، عدت إلى «مركز ماساتشوستس للصحة العقلية» لأتدرب كطبيب نفسي، وهو برنامج سعدت بقبولي فيه. تدرَّب العديد من الأطباء النفسيين المشهورين هناك، بما في ذلك إريك كانديل، الذي فاز لاحقًا بجائزة نوبل في علم وظائف الأعضاء والطب. اكتشف ألان هوبسون خلايا الدماغ المسؤولة عن توليد الأحلام في مختبر في الطابق السفلي بالمستشفى في أثناء تدرُّبي هناك، وأُجرِيَت أيضًا الدراسات الأولى حول الأسس الكيميائية للاكتئاب في «مركز ماساتشوستس للصحة العقلية». لكن بالنسبة إلى العديد منَّا نحن المقيمين، كان أكبر عامل جذب هو المرضى. قضينا ست ساعات كل يوم معهم ثم التقينا كمجموعة مع كبار الأطباء النفسيين، لمشاركة ملاحظاتنا وطرح أسئلتنا والتنافس لإبداء الملاحظات الأكثر ذكاءً.

أثنانا معلمنا العظيم، إلفين سيمراد، بنشاطٍ عن قراءة كتب الطب النفسي خلال عامنا الأول. (قد يفسر نظام التجويع الفكري هذا حقيقة أن معظمنا أصبح فيما بعد من القرَّاء الشرهين والكُتَّاب غزيري الإنتاج). لم يرغب

سيمراد في أن تصبح تصوُّراتنا للواقع غامضة بسبب القناعات الزائفة للتشخيصات النفسية. أتذكر أني سألته ذات مرة:

ـ ماذا تسمي هذا المريض، فصامي أم فصامي عاطفي؟

توقف وحكَّ ذقنه، وفكر بعمق على ما يبدو. وأجاب:

ـ أعتقد أني سأسمِّيه مايكل ماكلنتاير.

علَّمنا سيمراد أن معظم أشكال المعاناة الإنسانية مرتبط بالحب والخسارة، وأن مهمة المعالجين هي مساعدة الناس على «إقرار، وتجربة، وتحمُّل» واقع الحياة بكل لذَّاتها وحسراتها. اعتاد أن يقول:

ـ أعظم مصادر معاناتنا هي الأكاذيب التي نقولها لأنفسنا.

وحثَّنا على أن نكون صادقين مع أنفسنا بشأن كل جانب من جوانب تجربتنا. غالبًا ما قال إن الناس لا يمكن أن يتحسَّنوا من دون معرفة ما يعرفونه والشعور بما يشعرون به.

أتذكر أني فوجئت بسماع هذا الأستاذ المرموق المُسن في «هارفارد» يعترف بمدى ارتياحه لشعوره بمؤخرة زوجته ملتصقة به وهو نائم ليلًا. من خلال الكشف عن احتياجاته البشرية البسيطة تلك، ساعدنا على إدراك مدى أهميتها في حياتنا. ويؤدي عدم الاعتناء بها إلى وجود واهن، مهما كانت أفكارنا سامية وإنجازاتنا دنيوية. أخبرنا أن الشفاء يعتمد على المعرفة التجريبية: لا يمكنك أن تكون مسؤولًا بالكامل عن حياتك إلا إذا استطعت الاعتراف بحقيقة جسمك، بكل أبعاده الحشوية.

ومع ذلك، كانت مهنتنا تتحرك في اتجاه مختلف. في عام ١٩٦٨، نشرت «المجلة الأمريكية للطب النفسي» (American Journal of Psychiatry) نتائج دراسة من الجناح الذي كنت أعمل فيه مقدِّم خدمات. أظهروا بشكل لا لبس فيه أن مرضى الفصام الذين تلقوا أدوية فقط حصلوا على نتائج أفضل من أولئك الذين تكلموا ثلاث مرات في الأسبوع مع أفضل معالجي بوسطن[١٦]. كانت هذه الدراسة مَعلَمًا من معالم الطريق الكثيرة التي غيرت تدريجيًّا كيفية

مقاربة الطب والطب النفسي للمشكلات النفسية: من تعبيرات متغيرة بلا حدود للمشاعر والعلاقات غير المحتملة إلى نموذج مرضي دماغي من «الاضطرابات» المتمايزة.

لطالما حُدِّدت الطريقة التي يُقارِب بها الطب معاناة الإنسان من خلال التكنولوجيا المتاحة في وقت معين. قبل عصر التنوير، كانت انحرافات السلوك تُعزى إلى الله، والخطيئة، والسحر، والساحرات، والأرواح الشريرة. فقط في القرن التاسع عشر بدأ العلماء في فرنسا وألمانيا في التحقيق في السلوك بعدِّه تكيُّفًا مع تعقيدات العالم. بدأ يظهر الآن نموذج جديد: أشياء مثل الغضب، والشهوة، والكبرياء، والجشع، والبخل، والكسل ـ بالإضافة إلى جميع المشكلات الأخرى التي عانينا نحن البشر دائمًا للتعامل معها ـ أعيدت صياغتها على أنها «اضطرابات» يمكن إصلاحها من خلال إدارة المواد الكيميائية المناسبة[١٧]. شعر العديد من الأطباء النفسيين بالارتياح والسعادة لأنهم أصبحوا «علماء حقيقيين»، تمامًا مثل زملائهم في كلية الطب الذين حظوا بمختبرات، وتجارب على الحيوانات، ومعدّات باهظة الثمن، واختبارات تشخيصية معقدة، ووضعوا جانبًا النظريات المشوشة لفلاسفة مثل فرويد ويونج. ذهب أحد المقررات الدراسية الرئيسية للطب النفسي إلى حد القول: «يُعدُّ سبب المرض العقلي الآن انحرافًا للدماغ، اختلالًا في التوازن الكيميائي»[١٨].

مثل زملائي، تبنَّيت بشغف الثورة الدوائية. في عام ١٩٧٣، أصبحت أول رئيس مقيم لقسم علم الأدوية النفسية في «مركز ماساتشوستس للصحة العقلية». قد أكون أيضًا أول طبيب نفسي في بوسطن يعطي «الليثيوم» لمريض بالهوس الاكتئابي. (قرأتُ عن عمل جون كيد مع «الليثيوم» في أستراليا، وحصلت على إذن من لجنة بالمستشفى لتجربته). كانت هناك امرأة تعاني الهوس كل شهر مايو على مدى الأعوام الخمسة والثلاثين الماضية، وتكتئب بشكل انتحاري كل شهر نوفمبر، وبعد مواصلتها تعاطي «الليثيوم» توقفت عن

الدخول في هذه الدورة واستعادت الاستقرار طيلة الأعوام الثلاثة التي كانت فيها تحت رعايتي. كنت أيضًا جزءًا من أول فريق بحثي أمريكي يختبر دواء «الكلوزاريل» المضاد للذهان على المرضى من ذوي الحالات المزمنة الذين خُزِّنوا في الأجنحة الخلفية لمصحات الأمراض العقلية القديمة[١٩]. كانت بعض ردودهم معجزة؛ الأشخاص الذين قضوا معظم حياتهم محبوسين في واقعهم المنفصل والمرعب أصبحوا الآن قادرين على العودة إلى عائلاتهم ومجتمعاتهم، والمرضى الغارقون في الظلام واليأس بدأوا في الاستجابة لجمال الاتصال البشري ولذَّات العمل واللعب. جعلتنا هذه النتائج المذهلة متفائلين بأننا يمكن أن نتغلب أخيرًا على البؤس البشري.

كانت الأدوية المضادة للذهان عاملًا رئيسيًّا في تقليل عدد الأشخاص الذين يعيشون في مستشفيات الأمراض العقلية في الولايات المتحدة، من أكثر من ٥٠٠,٠٠٠ في عام ١٩٥٥ إلى أقل من ١٠٠,٠٠٠ في عام ١٩٩٦[٢٠]. بالنسبة إلى الأشخاص الذين لم يعرفوا العالم قبل مجيء هذه العلاجات، فإن التغيير يكاد يفوق الخيال. عندما كنت طالب طب في السنة الأولى، زرتُ «مستشفى ولاية كانكاكي» في ولاية إلينوي، ورأيت مقدم خدمات قوي البنية يعمل في أحد الأجنحة يرشُّ بخرطوم مياه العشرات من المرضى القذرين، والعراة، والمشوَّشين في غرفة نهارية غير مفروشة ومزوَّدة ببالوعات لسحب المياه المتدفقة. تبدو هذه الذكرى الآن وكأنها كابوس أكثر منها شيئًا شاهدته بأمِّ عينَي. كانت وظيفتي الأولى بعد أن أنهيت إقامتي في عام ١٩٧٤ في منصب المدير قبل الأخير لمؤسسة كانت عريقة في يوم من الأيام، «مستشفى ولاية بوسطن»، وآوت في السابق آلاف المرضى وتوزَّعت على مئات الأفدنة وامتلكت عشرات الأبنية، بما في ذلك صوبات زراعية، وحدائق، وورش عمل، كان معظمها في ذلك الوقت في حالة خراب. خلال فترة وجودي هناك، كان المرضى يتناثرون تدريجيًّا في «المجتمع»، المصطلح الذي يشمل الملاجئ ودور التمريض المجهولة

حيث انتهى الأمر بمعظمهم. (من قبيل المفارقة أن المستشفى بدأ كـ«ملجأ»، وهي كلمة تعني «ملاذ» تغيرت دلالتها تدريجيًا حتى أصبحت دلالة شريرة. وقد قدَّم في الواقع مجتمعًا محميًا حيث عرف الجميع أسماء المرضى والأعراض المرضية الخاصة بكلٍّ منهم). في عام ١٩٧٩، بعد فترة وجيزة من ذهابي للعمل في «عيادة قدامى المحاربين»، أُغلِقت بوابات «مستشفى ولاية بوسطن» بشكل دائم، وأصبح المستشفى مدينة أشباح.

خلال الفترة التي قضيتها في ولاية بوسطن، واصلت العمل في مختبر علم الأدوية النفسية في «مركز ماساتشوستس للصحة العقلية»، والذي كان يركز الآن على اتجاه آخر للبحث. في الستينيات من القرن العشرين، بدأ علماء «المعاهد الوطنية للصحة» في تطوير تقنيات عزل وقياس الهرمونات والنواقل العصبية في الدم والدماغ. النواقل العصبية عبارة عن مرسِلات كيميائية تنقل المعلومات من خلايا عصبية إلى أخرى، ما يمكننا من الانخراط بفعالية في العالم.

الآن، بعد أن وجد العلماء دليلًا على أن المستويات غير الطبيعية من «النوربينفرين» مرتبطة بالاكتئاب، ونظيراتها من «الدوبامين» مرتبطة بالفصام، أصبح هناك أمل في أن نتمكَّن من تطوير أدوية تستهدف حالات غير طبيعية معينة في الدماغ. لم يتحقق ذلك الأمل بصورة كاملة، لكن جهودنا لقياس مدى تأثير الأدوية في الأعراض العقلية أدَّت إلى تغييرٍ آخر عميق في المهنة. إن حاجة الباحثين إلى طريقة دقيقة ومنهجية لإيصال نتائجهم أدَّت إلى تطوير ما يسمَّى «المعايير التشخيصية البحثية» التي أسهمت فيها كمساعد بحثي صغير. أصبحت هذه المعايير في نهاية المطاف أساسًا لأول نظام منهجي لتشخيص المشكلات النفسية، «الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية» (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) الصادر عن «الجمعية الأمريكية للطب النفسي» الذي يُشار إليه عادةً باسم «الكتاب المقدس للطب النفسي». ظهرت الطبعة الثالثة البارزة

من الدليل في عام ١٩٨٠، وكانت مقدمتها متواضعة بشكل مناسب وأقرَّت بأن نظام التشخيص هذا غير دقيق، إلى درجة أنه لا ينبغي استخدامه أبدًا لأغراض الطب الشرعي أو التأمين[٢١]. وكما سنرى، كان ذلك التواضع قصير الأجل بشكل مأساوي.

صدمة كهربائية لا مضر منها

منشغلًا بالعديد من الأسئلة العالقة حول الكرب الناجم عن الصدمة، أصبحت مفتونًا بفكرة أن مجال علم الأعصاب الناشئ يمكنه أن يقدم بعض الإجابات، وبدأتُ في حضور اجتماعات «الكلية الأمريكية لعلم الأدوية العصبية والنفسية». في عام ١٩٨٤، قدمت الكلية عديدًا من المحاضرات الرائعة حول تطوير الأدوية، ولكن فقط قبل ساعات قليلة من موعد رحلتي المقررة إلى بوسطن، سمعت عرضًا قدمه ستيفن ماير من جامعة كولورادو، الذي كان قد تعاون مع مارتن سليجمان من جامعة بنسلفانيا. كان موضوعه العجز المُكتسب عند الحيوانات. أعطى كلٌّ من ماير وسليجمان مرارًا وتكرارًا صدمات كهربائية مؤلمة لكلاب محاصرة في أقفاص مغلقة. أطلق العلماء على هذه الحالة اسم «صدمة كهربائية لا مفر منها»[٢٢]. ولكوني من محبي الكلاب، أدركت أنه ليس بإمكاني إجراء مثل هذا البحث بنفسي، لكني شعرت بالفضول لمعرفة كيف ستؤثر هذه القسوة في الحيوانات.

بعد إجراء عدة دورات من الصدمات الكهربائية، فتح الباحثان أبواب الأقفاص ثم صعقا الكلاب مجددًا. مجموعة من كلاب المُقارنة التي لم تُصعَق من قبل هربت على الفور، لكن الكلاب التي تعرضت في وقت سابق لصدمة كهربائية لا مفر منها لم تحاول الهرب، حتى عندما كان الباب مفتوحًا على مصراعيه، فقط رقدت هناك، تئن وتتغوط. مجرد وجود فرصة للهرب لا يجعل بالضرورة الحيوانات المصدومة، أو البشر المصدومين، يسلكون طريق الحرية. مثل كلاب ماير وسليجمان، يستسلم ببساطة العديد

من الأشخاص المصابين بصدمات. بدلًا من المخاطرة بتجربة خيارات جديدة، يظل هؤلاء عالقين في الخوف الذي يعرفونه.

أسرتني رواية ماير للتجربة. ما فعلاه بهذه الكلاب المسكينة هو بالضبط ما حدث لمرضاي من البشر المصابين بصدمات. هم، أيضًا، كانوا عرضة لشخص ما (أو شيء ما) ألحق بهم ضررًا فظيعًا، ضررًا لم تكن لديهم وسيلة للهرب منه. أجريت مراجعة عقلية سريعة للمرضى الذين عالجتهم. جميعهم تقريبًا حُوصر أو جُمِّد بطريقة ما، وأصبح غير قادر على اتخاذ إجراء لتفادي المحتوم. أُحبِطَت استجابة القتال/ الهرب الخاصة بهم، وكانت النتيجة إما اهتياجًا شديدًا وإما انهيارًا.

وجد كلٌّ من ماير وسليجمان أيضًا أن الكلاب المصابة بالصدمة أفرزت هرمونات التوتر بكميات أكبر بكثير من الكميات الطبيعية. دعم هذا ما كنا قد بدأنا نتعلمه عن الأسس البيولوجية للكرب الناجم عن الصدمة. وجدَت مجموعة من الباحثين الشباب، من بينهم ستيف ساوثويك وجون كريستال من جامعة ييل، وآريه شاليف من كلية هداسا للطب في القدس، وفرانك بوتنام من «المعهد الوطني للصحة العقلية»، وروجر بيتمان، الذي ذهب لاحقًا إلى جامعة هارفارد، أن الأشخاص المصابين بصدمات يستمرون في إفراز كميات كبيرة من هرمونات التوتر بعد فترة طويلة من زوال الخطر الفعلي، وواجهتنا راشيل يهودا في «مستشفى ماونت سيناي» في نيويورك باستنتاجاتها التي تتسم بالمفارقة على ما يبدو بأن مستويات هرمون التوتر «الكورتيزول» منخفضة في اضطراب كرب ما بعد الصدمة. بدأت اكتشافاتها تصبح منطقية فقط عندما أوضحت أبحاثها أن «الكورتيزول» يضع حدًّا لاستجابة التوتر عن طريق إرسال إشارة بالأمان التام، وأنه في حالة اضطراب كرب ما بعد الصدمة لا تعود هرمونات التوتر في الجسم، في الواقع، إلى خط الأساس بعد اجتياز التهديد.

من الناحية المثالية، يجب أن يوفر نظام هرمون التوتر لدينا استجابة

سريعة جدًّا للتهديد، ولكن أن يعيدنا بعد ذلك بسرعة إلى التوازن. ومع ذلك، في حالة مرضى اضطراب كرب ما بعد الصدمة، يفشل نظام هرمون التوتر في القيام بهذا التوازن. تستمر إشارات القتال/ الهرب/ التجمُّد بعد انتهاء الخطر، وكما في حالة الكلاب، لا تعود إلى وضعها الطبيعي. بدلًا من ذلك، يُعبَّر عن الإفراز المستمر لهرمونات التوتر باهتياج وذعر، وعلى المدى الطويل، يؤدِّي إلى تدمير صحتها.

فاتتني طائرتي في ذلك اليوم لأنه كان عليَّ التحدث إلى ستيف ماير. قدمت ورشته أدلة ليست فقط حول المشكلات الأساسية لمرضاي ولكن أيضًا حول المفاتيح المحتملة لحلها. على سبيل المثال، وجد هو وسليجمان أن الطريق الوحيد لتعليم الكلاب المصابة بصدمة الابتعاد عن الشبكات الكهربائية عندما تكون الأبواب مفتوحة يتمثل في سحبها مرارًا وتكرارًا من أقفاصها حتى تتمكن من تجربة كيف يمكنها الابتعاد. تساءلتُ عما إذا كان بإمكاننا أيضًا مساعدة مرضاي بشأن توجههم الأساسي القاضي بأنه لا يوجد شيء يمكنهم فعله للدفاع عن أنفسهم؟ هل احتاج مرضاي أيضًا إلى تجارب جسدية لاستعادة إحساسهم العميق بالسيطرة؟ ماذا لو عُلِّموا التحرك جسديًّا للهروب من حالة تنطوي على تهديد محتمل تشبه الصدمة التي حُوصروا وشُلَّت حركتهم فيها؟ كما سأناقش في الجزء الخامس الخاص بالعلاج في هذا الكتاب، كان هذا أحد الاستنتاجات التي توصلتُ إليها في النهاية.

قدَّم مزيدٌ من الدراسات التي أُجريت على الحيوانات، مثل الفئران والجرذان والقطط والقرود والفيلة، مزيدًا من البيانات المثيرة للاهتمام(٢٣). على سبيل المثال، عندما شغَّل الباحثون صوتًا عاليًا وتطفُّليًّا، هرعت الفئران التي نشأت في عشٍّ دافئ به الكثير من الطعام إلى البيت على الفور. لكن مجموعة أخرى ـ نشأت في عشٍّ صاخب حيث ثمة نقص في الإمدادات الغذائية ـ هرولت أيضًا إلى البيت، حتى بعد قضاء بعض الوقت في بيئة أكثر متعة(٢٤).

تعود الحيوانات الخائفة إلى البيت، بصرف النظر عما إذا كان آمنًا أو مخيفًا. فكَّرتُ في مرضاي الذين يتمون إلى عائلات مسيئة وظلوا يعودون ويتعرضون للأذى مجددًا. هل الأشخاص المصابون بصدمات محكوم عليهم باللجوء إلى ما هو مألوف؟ إذا كان الأمر كذلك، فما السبب؟ وهل من الممكن مساعدتهم على الارتباط بأماكن وأنشطة آمنة وممتعة[٢٥]؟

مدمن على الصدمة: ألم اللذة ولذة الألم

من بين الأشياء التي صدمتني أنا وزميلي مارك جرينبيرج عندما أدرنا مجموعات علاجية لقدامى المحاربين في فيتنام، على الرغم من مشاعر الرعب والحسرة، أن العديدين منهم بدا أنهم قد عادوا إلى الحياة عندما تحدثوا عن تحطُّم مروحيتهم وموت رفاقهم. (مراسل «النيويورك تايمز» السابق كريس هيدجز، الذي غطى عددًا من الصراعات الوحشية، عنون كتابه «الحرب قوة تمنحنا المعنى» (*War Is a Force That Gives Us Meaning*))[٢٦]. يبدو أن العديد من الأشخاص المصابين بصدمات يبحثون عن تجارب من شأنها أن تنفِّر معظمنا[٢٧]، ويشكو المرضى في كثير من الأحيان شعورًا غامضًا بالفراغ والملل عندما لا يكونون غاضبين، أو تحت إكراه، أو متورطين في نشاط خطير.

اغتُصِبَت مريضتي جوليا بوحشية تحت تهديد السلاح في غرفة فندقية في سن السادسة عشرة. بعد ذلك بوقت قصير، تورَّطت في علاقة مع قَوَّاد عنيف جعلها تعمل في الدعارة لصالحه. كان يضربها بانتظام. سُجنت مرارًا بتهمة الدعارة، لكنها دائمًا ما كانت تعود إلى قَوَّادها. أخيرًا، تدخَّل جدَّاها ودفعا تكاليف برنامج إعادة تأهيل مكثف. بعد أن أكملت بنجاح العلاج الموضوع للنزلاء، شرعت في العمل بوصفها موظفة استقبال وفي أخذ دورات في كلية محلية. كتبت في فصل علم الاجتماع ورقة بحثية فصلية عن الإمكانات التحررية للدعارة التي قرأت من أجلها مذكِّرات العديد

من الدَّاعرات الشهيرات. تخلت تدريجيًّا عن جميع الدورات الدراسية الأخرى. وسُرعان ما توترت علاقة قصيرة مع زميل لها في الفصل، فقد جعلها تشعر بملل شديد ـ على حد قولها ـ وصدَّها السروال الداخلي الذي كان يرتديه. ثم التقطت مدمنًا في مترو الأنفاق ضربها أولًا ثم بدأ في مطاردتها. أصبحت أخيرًا متحمسة للعودة إلى العلاج عندما تعرضت مرة أخرى للضرب المبرح.

لدى فرويد مصطلح يشير إلى مثل هذه التمثيلات المجددة للصدمة: «الإكراه على التكرار». اعتقد هو والعديد من أتباعه أن التمثيلات المجددة محاولة غير واعية للسيطرة على وضع مؤلم، وأنها قد تؤدي في النهاية إلى السيادة والحل. لا يوجد دليل على هذه النظرية، فالتكرار يؤدي فقط إلى مزيد من الألم وكراهية الذات. في الحقيقة، حتى إعادة عيش الصدمة بشكل متكرر خلال العلاج قد تعزِّز التوغُّل والتثبيت.

قررت أنا ومارك جرينبيرج معرفة المزيد عن الجواذِب؛ الأشياء التي تجذبنا، وتحفِّزنا، وتجعلنا نشعر بأننا على قيد الحياة. عادةً ما يُناط بالجواذِب أن تجعلنا نشعر بتحسن. إذن، لماذا ينجذب الكثير من الناس إلى الأوضاع الخطيرة أو المؤلمة؟ وجدنا في النهاية دراسةً أوضحت كيف يمكن للأنشطة التي تسبب الخوف أو الألم أن تصبح فيما بعد تجارب مثيرة[٢٨]. في السبعينيات من القرن العشرين، أظهر ريتشارد سولومون من جامعة بنسلفانيا أن الجسم يتعلم التكيف مع جميع أنواع المحفزات. قد نتعلق بالمخدرات الترفيهية لأنها تجعلنا نشعر بشكل جيد على الفور، لكن أنشطة مثل زيارة «الساونا»، أو الجري في «ماراثون»، أو القفز بالمظلات التي تسبب في البداية عدم الراحة وحتى الرعب، يمكن أن تصبح في النهاية ممتعة للغاية. يشير هذا التكيُّف التدريجي إلى أن توازنًا كيميائيًّا جديدًا قد ينشأ داخل الجسم، بحيث يشعر عدَّاءو الماراثون، مثلًا، بالرفاه والابتهاج بسبب دفع أجسامهم إلى أقصى حدودها.

في هذه المرحلة، تمامًا كما هي الحال مع إدمان المخدرات، نبدأ في التوق إلى النشاط ونشعر بالانسحاب عندما لا يكون متاحًا. على المدى الطويل، يصبح الناس أكثر انشغالًا بألم الانسحاب من الانشغال بالنشاط نفسه. يمكن أن تفسِّر هذه النظرية سبب قيام بعض الأشخاص بتوظيف شخص ما لضربهم، أو حرق أنفسهم بالسجائر، أو لماذا ينجذبون فقط إلى الأشخاص الذين يؤذونهم. يمكن أن يتحول الخوف والنفور، بطريقة منحرفة، إلى لذَّة.

افترض سولومون أن «الإندورفين» ـ مادة كيميائية شبيهة بـ«المورفين» يفرزها الدماغ استجابة للتوتر ـ يلعب دورًا في أشكال الإدمان التي تتَّسم بالمفارقة التي وصفها. فكرتُ في نظريته مرة أخرى عندما قادتني عادة الذهاب إلى المكتبة إلى ورقة بعنوان «الألم لدى الرجال من جرحى المعارك» (Pain in Men Wounded in Battle) نُشرت عام ١٩٤٦. بعد أن لاحظ أن ٧٥ في المائة من الجنود المصابين بجروح خطيرة على الجبهة الإيطالية لم يطلبوا «المورفين»، تكهَّن جراح يُدعى هنري ك. بيتشر بأن «العواطف القوية يمكن أن تحجب الألم»[٢٩].

هل كانت ملاحظات بيتشر ذات صلة بالأشخاص المصابين باضطراب كرب ما بعد الصدمة؟ قرَّرنا أنا، ومارك جرينبيرج، وروجر بيتمان، وسكوت أور أن نسأل ثمانية من قدامى المحاربين في فيتنام عما إذا كانوا على استعداد لإجراء اختبار معياري للألم في أثناء مشاهدتهم لبعض المشاهد من عدد من الأفلام. المقطع الأول الذي عرضناه كان من فيلم «فصيلة» (*Platoon*) (١٩٨٦) العنيف بصريًا لأوليفر ستون، وفي أثناء عرضه، قسنا المدة التي يمكن للمحاربين القدامى الاحتفاظ خلالها بأيديهم اليمنى في دلو من الماء المثلَّج. ثم كررنا هذه العملية بمقطع من فيلم سِلمي (ومنسي منذ زمن طويل). احتفظ سبعة من المحاربين الثمانية بأيديهم في الماء البارد بشكل مؤلم لمدة أطول بنسبة ٣٠ في المائة خلال فترة عرض «فصيلة».

ثم حسبنا أن مقدار التسكين الناتج عن مشاهدة خمس عشرة دقيقة من فيلم قتالي يعادل ذلك الناتج عن طريق حقن المرء بثمانية مليجرامات من «المورفين»، وهي الجرعة نفسها التي قد يتلقاها الشخص في غرفة الطوارئ من أجل ألم ساحق في الصدر.

خلُصنا إلى أن تكهُّن بيتشر بأن «العواطف القوية يمكن أن تحجب الألم» جاء نتيجة إطلاق مواد شبيهة بـ«المورفين» تُصنَّع في المخ. يشير هذا إلى أنه بالنسبة إلى العديد من الأشخاص المصابين بصدمات، فإن إعادة التعرُّض للتوتر قد توفر راحة مماثلة من القلق[٣٠]. كانت تجربة مثيرة للاهتمام، لكنها لم تشرح تمامًا سبب استمرار جوليا في العودة إلى قَوَّادها العنيف.

تهدئة الدماغ

كان اجتماع «الكلية الأمريكية لعلم الأدوية العصبية والنفسية» عام ١٩٨٥، إذا أمكن، أكثر إثارة للتفكير من جلسة العام السابق. ألقى جيفري جراي، وهو أستاذ في جامعة كينجز كوليدج، حديثًا عن اللوزة الدماغية، وهي مجموعة من خلايا الدماغ تُحدِّد ما إذا كان يُنظر إلى صوت، أو صورة، أو إحساس جسماني ما على أنه تهديد. أظهرت بيانات جراي أن حساسية اللوزة الدماغية تعتمد، جزئيًّا على الأقل، على كمية الناقل العصبي «السيروتونين» في ذلك الجزء من المخ. الحيوانات التي حظيت بمستويات منخفضة من «السيروتونين» كانت مفرطة التفاعلية تجاه المحفزات المؤثِّرة (مثل الأصوات العالية)، بينما أدت المستويات المرتفعة من «السيروتونين» إلى تثبيط نظام الخوف لديها، ما جعلها أقل عرضة لأن تصبح عدوانية أو مجمَّدة في استجاباتها للتهديدات المحتملة[٣١].

أدهشني ذلك بعدِّه نتيجة مهمة: كان مرضاي دائمًا ينفجرون استجابةً لاستفزازات صغيرة، وتسبَّب أدنى رفض في شعورهم بالتحطُّم. أصبحت

مفتونًا بالدور المحتمل «للسيروتونين» في اضطراب كرب ما بعد الصدمة. أظهر باحثون آخرون أن ذكور القرود المهيمنة لديها مستويات أعلى بكثير من «السيروتونين» في الدماغ مقارنةً بالحيوانات ذات التصنيف الأدنى، لكن مستويات «السيروتونين» لديها انخفضت عندما مُنعت من الحفاظ على التواصل البصري مع القرود التي سيطرت هي عليها من قبل. في المقابل، نجحت القرود ذات التصنيف الأدنى التي أُعطيت مكمّلات «السيروتونين» في تولي القيادة[٣٢]. تتفاعل البيئة الاجتماعية مع كيمياء المخ. أدى التلاعب بقرد إلى موقعٍ أدنى في التسلسل الهرمي للسيطرة إلى انخفاض مستوى «السيروتونين» لديه، بينما أدى تعزيز «السيروتونين» كيميائيًّا إلى رفع رتبة القرود التي كانت تابعة في السابق.

كانت الآثار المترتبة بالنسبة إلى المصابين بصدمات واضحة. مثل حيوانات جراي ذات «السيروتونين» المنخفض، كانوا مفرطي التفاعل، وكثيرًا ما عُرِّضت قدرتهم على التكيُّف اجتماعيًّا للخطر. إذا تمكنا من إيجاد طرق لزيادة مستويات «السيروتونين» في المخ، فربما يمكننا معالجة كلتا المشكلتين في وقت واحد. في الاجتماع نفسه الذي عُقد عام ١٩٨٥، علمتُ أن شركات الأدوية كانت تعمل على تطوير منتجَين جديدين للقيام بذلك على وجه التحديد، ولكن بالنظر إلى أن أيًّا منهما لم يكن متاحًا بعد، فقد جربتُ لفترة وجيزة مكمِّل «إل-تريبتوفان» الذي يُباع في متاجر الأغذية الصحية، وهو مادة كيميائية أولية «للسيروتونين» في الجسم. (كانت النتائج مخيبة للآمال). لم يصل أيٌّ من الأدوية قيد التحقيق إلى السوق قَطُّ. والآخر هو «الفلوكستين»، الذي أصبح، تحت الاسم التجاري «بروزاك»، أحد أكثر الأدوية المنشطة نفسيًّا نجاحًا على الإطلاق.

يوم الاثنين، ٨ فبراير ١٩٨٨، قامت شركة الأدوية «إيلي ليلي» بإطلاق «بروزاك». كانت أول مريضة رأيتها في ذلك اليوم امرأة شابة تمتلك تاريخًا مروعًا من سوء المعاملة في مرحلة الطفولة وتعاني الآن الشره المرضي،

أمضت معظم حياتها بشكل أساسي في الإفراط في الأكل والإفراط في تطهير الجسم من الأكل وآثاره. وصفتُ لها هذا الدواء الجديد، وعندما عادت يوم الخميس، قالت:

ـ الأيام القليلة الماضية كانت مختلفة تمامًا بالنسبة إليَّ، أكلت عندما كنت جائعة، وأمضيت بقية الوقت في إنجاز واجباتي المدرسية.

كان هذا واحدًا من أكثر التصريحات التي سمعتها في مكتبي درامية.

يوم الجمعة، رأيت مريضة أخرى كنت قد وصفت لها «بروزاك» يوم الاثنين السابق. كانت أمًّا لطفلين في سن المدرسة تعاني اكتئابًا مزمنًا، ومنشغلة بإخفاقاتها كأمٍّ وزوجة، وتغمرها مطالب والديها اللذين أساءا معاملتها بشدة عندما كانت طفلة. بعد أربعة أيام من تعاطيها «بروزاك»، سألتني عما إذا كان بإمكانها تخطي موعدها يوم الاثنين التالي، الذي وافق عطلة «يوم الرؤساء». شرحَت قائلة:

ـ على كل حال، لم أصطحب طفلَي قَطُّ للتزلج ـ فزوجي يفعل ذلك دائمًا ـ وهما في إجازة في ذلك اليوم. سيكون من الرائع حقًّا أن يحظيا ببعض الذكريات الجيدة لقضائنا وقتًا ممتعًا معًا.

كانت هذه مريضة عانت دائمًا لمجرَّد إكمال يومها. بعد موعدها، اتصلت بشخص ما كنت أعرفه في «إيلي ليلي» وقلت:

ـ لديك دواء يساعد الناس على الحضور في الوقت الحاضر، بدلًا من أن يُحبسوا في الماضي.

أعطتني «إيلي ليلي» في وقت لاحق منحة صغيرة لدراسة آثار «بروزاك» في اضطراب كرب ما بعد الصدمة عند أربعة وستين شخصًا ـ اثنتان وعشرون امرأة واثنان وأربعون رجلًا ـ أول دراسة عن تأثيرات هذه الفئة الجديدة من الأدوية في المصابين باضطراب كرب ما بعد الصدمة. سجل فريق «عيادة الصدمة» الخاص بنا ثلاثة وثلاثين من غير قدامى المحاربين وسجل المتعاونون معي، زملاء سابقون في «عيادة قدامى المحاربين»، واحدًا

وثلاثين من قدامى المحاربين. على مدى ثمانية أسابيع، تلقى نصف كل مجموعة «بروزاك» والنصف الآخر علاجًا وهميًا. كانت الدراسة مموَّهة: لم نعرف نحن أو المرضى المادة التي كانوا يتناولونها، بحيث لا تشوِّه تصوُّراتنا السابقة تقييماتنا.

تحسَّن كل فرد في الدراسة ـ حتى أولئك الذين تلقوا العلاج الوهمي ـ على الأقل إلى حد ما. تجد معظم الدراسات العلاجية لاضطراب كرب ما بعد الصدمة تأثيرًا كبيرًا للعلاج الوهمي. الأشخاص الذين تحلَّوا بالشجاعة اللازمة للمشاركة في دراسة لن يحصلوا على أجرٍ مقابلها، ويُوخزوا فيها بالإبر مرارًا وتكرارًا، وتكون لديهم فيها فرصة خمسين في المائة فقط للحصول على دواء فعَّال يمتلكون دافعًا جوهريًا لحل مشكلتهم. ربما تكمن مكافأتهم فقط في الاهتمام الممنوح إليهم، فرصة الرد على الأسئلة المتعلقة بما يشعرون به ويفكرون فيه. لكن ربما تكون قبلات الأم التي تهدِّئ من خدوش طفلها «مجرد» علاج وهمي أيضًا.

عمل «بروزاك» بشكل أفضل من العلاج الوهمي بالنسبة إلى مرضى «عيادة الصدمة». ناموا بشكل أكثر عمقًا، وسيطروا بشكل أكبر على عواطفهم، وكانوا أقل انشغالًا بالماضي من أولئك الذين حصلوا على أقراص سُكَّر(٣٣).

مع ذلك، وبشكل مدهش، لم يكن لـ«بروزاك» أي تأثير على الإطلاق في قدامى المحاربين في «عيادة قدامى المحاربين»؛ لم تتغير أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة بالنسبة إليهم. بقيت هذه النتائج صحيحة بالنسبة إلى معظم الدراسات الدوائية اللاحقة على قدامى المحاربين، في حين أظهر القليل منهم تحسينات متواضعة، لم يستفِد معظمهم على الإطلاق من ذلك. لم أتمكن مطلقًا من شرح الأمر، ولا يمكنني قبول التفسير الأكثر شيوعًا: أن تلقِّي معاش تقاعدي أو مخصصات إعاقة يمنع الناس من التحسُّن. بعد كل شيء، لا تعرف اللوزة الدماغية شيئًا عن المعاشات التقاعدية، فهي تكتشف التهديدات فقط.

ومع ذلك، فإن أدوية مثل «بروزاك» وأدوية ذات صلة مثل «زولوفت»، و«سيليكسا»، و«سيمبالتا»، و«باكسيل»، ساهمت بشكل كبير في علاج الاضطرابات المرتبطة بالصدمات. في دراستنا الخاصة بـ«بروزاك»، استخدمنا اختبار رورشاخ لقياس كيفية تصوُّر الأشخاص المصابين بصدمات لما يحيط بهم. أمدَّتنا هذه البيانات بفكرة حول كيفية عمل هذه الفئة من الأدوية (المعروفة رسميًّا باسم «مثبطات امتصاص «السيروتونين» الانتقائية»). قبل تعاطي «بروزاك» كانت مشاعر هؤلاء المرضى تتحكم في ردود أفعالهم. تحضرني هنا مريضة هولندية، على سبيل المثال، (وهي ليست في دراسة «بروزاك») جاءت لرؤيتي للعلاج من اغتصاب وقع لها في طفولتها وكانت مقتنعة أني سأغتصبها بمجرد سماعها للهجتي الهولندية. أحدث «بروزاك» فرقًا راديكاليًّا: أعطى مرضى اضطراب كرب ما بعد الصدمة إحساسًا بالمنظور[٣٤]، وساعدهم على السيطرة بشكل كبير على اندفاعاتهم. لا بد أن جيفري جراي كان على حق، عندما ارتفعت مستويات «السيروتونين» لديهم، أصبح العديد من مرضاي أميل إلى عدم إبداء أي ردود أفعال.

انتصار علم الصيدلة

لم يستغرق علم الصيدلة وقتًا طويلًا لإحداث ثورة في الطب النفسي. أعطت الأدوية الأطباء إحساسًا أكبر بالفعالية وقدَّمت أداة تتجاوز العلاج بالكلام. كما أنتجت الأدوية الدخل والأرباح. زوَّدتنا المنح المقدَّمة من صناعة الأدوية بمختبرات مليئة بطلاب الدراسات العليا النشطين والأدوات المتطورة. بدأت أقسام الطب النفسي التي كانت موجودة دائمًا في أقبية المستشفيات في الصعود، سواء من حيث الموقع أو المكانة.

حدث أحد رموز هذا التغيير في «مركز ماساتشوستس للصحة العقلية»، في أوائل التسعينيات من القرن العشرين رُصِف حمام السباحة الخاص

بالمستشفى لإفساح المجال لمختبر، وقُسِّم ملعب كرة السلة الداخلي إلى مهاجع لعيادة الأدوية الجديدة. لعقود من الزمن، تشارك الأطباء والمرضى بشكل ديمقراطي لذَّات السباحة في حمام السباحة وتمرير الكرات في الملعب. وقد أمضيتُ ساعات في صالة الألعاب الرياضية مع المرضى عندما كنت مقدِّم خدمات في الجناح. كانت المكان الوحيد الذي استطعنا فيه جميعًا استعادة الشعور بالرفاهية الجسدية، جزيرة في وسط البؤس الذي واجهناه كل يوم. الآن، أصبحت مكانًا «لإصلاح» المرضى.

ثورة الأدوية التي بدأت واعدة جدًّا ربما تسببت في نهاية المطاف في ضرر بقدر ما تسببت في نفع. النظرية القائلة إن المرض العقلي ناتج في المقام الأول عن اختلال في التوازن الكيميائي في الدماغ يمكن تصحيحه عن طريق أدوية معينة أصبحت مقبولة على نطاق واسع، من قِبل وسائل الإعلام والجمهور وكذلك من قِبل مهنة الطب[٣٥]. في العديد من المواضع، حلَّت الأدوية محل جلسات العلاج ومكَّنت المرضى من قمع مشكلاتهم من دون معالجة القضايا الأساسية. يمكن لمضادات الاكتئاب أن تُحدث فرقًا هائلًا في المساعدة في الأداء اليومي، وإذا كان الأمر يتعلق بالاختيار بين تناول حبة منوِّمة وشرب الكحول إلى حد الغيبوبة كل ليلة للحصول على بضع ساعات من النوم، فما من شك أيهما أفضل. بالنسبة إلى الأشخاص المرهقين من محاولة علاج الأمر بمفردهم من خلال دروس «اليوجا»، أو التدريبات الروتينية، أو ببساطة تحمل المشقة التي يمرون بها، يمكن للأدوية غالبًا أن تجلب الراحة المُنقِذة للحياة. يمكن أن تكون «مثبطات امتصاص «السيروتونين» الانتقائية» مفيدة جدًّا في جعل الأشخاص المصابين بصدمات أقل عبودية لمشاعرهم، ولكن يجب أن تُعد مُعِينات فقط في علاجهم الإجمالي[٣٦].

بعد إجراء العديد من الدراسات حول الأدوية الخاصة باضطراب كرب

ما بعد الصدمة، أدركت أن الأدوية النفسية لها جانب سلبي خطير، لأنها قد تصرف الانتباه عن التعامل مع القضايا الأساسية. إن نموذج المرض الدماغي يأخذ السيطرة على مصير الناس من أيديهم، ويضع الأطباء وشركات التأمين في السلطة لحل مشكلاتهم.

على مدى العقود الثلاثة الماضية، أصبحت الأدوية النفسية دعامة أساسية في ثقافتنا، مع عواقب مشكوك فيها. لننظر في حالة مضادات الاكتئاب. إذا كانت فعَّالة حقًّا كما يُراد لنا أن نعتقد، لكان الاكتئاب قد أصبح الآن مشكلة ثانوية في مجتمعنا. بدلًا من ذلك، حتى مع استمرار زيادة استخدام مضادات الاكتئاب، فإنها لم تقلل من حالات دخول المستشفى بسبب الاكتئاب. فعدد الأشخاص الذين خضعوا للعلاج من الاكتئاب تضاعف ثلاث مرات خلال العقدين الماضيين، وواحد من كل عشرة أمريكيين يتعاطى الآن مضادات للاكتئاب[٣٧].

تُعدُّ أدوية الجيل الجديد من مضادات الذهان، مثل «أبيليفاي»، و«ريسبردال»، و«زيبريكسا»، و«سيروكويل»، الأكثر مبيعًا في الولايات المتحدة. في عام ٢٠١٢، أنفق الجمهور ١,٥٢٦,٢٢٨,٠٠٠ دولار على «أبيليفاي»، أكثر من أي دواء آخر. في المركز الثالث، حلَّ «سيمبالتا»، وهو مضاد للاكتئاب بيع من حبوبه ما يُعادل أكثر من مليار دولار[٣٨]، على الرغم من أنه لم يثبت قَطُّ أنه متفوق على مضادات اكتئاب قديمة مثل «بروزاك» الذي تتوفر أدوية مكافِئة له أرخص بكثير. ينفق «ميديكيد»، وهو برنامج صحي حكومي يستهدف الفقراء، على مضادات الذهان أكثر من أي فئة أخرى من الأدوية[٣٩]. في عام ٢٠٠٨، وهو آخر عام تتوفر له بيانات كاملة، موَّل البرنامج ٣,٦ مليار دولار للأدوية المضادة للذهان، وهو ما يُعدُّ ارتفاعًا عن الـ١,٦٥ مليار دولار التي أُنفقت على الأدوية نفسها في عام ١٩٩٩. إن عدد الأشخاص الذين تقل أعمارهم عن عشرين عامًا الذين يتلقون وصفات طبية ممولة من برنامج «ميديكيد» بأدوية مضادة للذهان تضاعف ثلاث مرات بين عامَي ١٩٩٩ و٢٠٠٨. وفي ٤ نوفمبر ٢٠١٣، وافقت شركة

«جونسون آند جونسون» على دفع أكثر من ٢,٢ مليار دولار كغرامات جنائية ومدنية لتسوية اتهامات بأنها روَّجت بصورة غير سليمة لدواء «ريسبردال» المضاد للذهان للبالغين الأكبر سنًّا، والأطفال، والأشخاص الذين يعانون إعاقات في النمو[٤٠]. لكن لا أحد يحاسب الأطباء الذين وصفوا هذه الأدوية.

يتعاطى نصف مليون طفل في الولايات المتحدة حاليًّا الأدوية المضادة للذهان. احتمال حصول أطفال الأسر ذات الدخل المنخفض على الأدوية المضادة للذهان يصل إلى أربعة أضعاف الأطفال المؤمَّن عليهم من القطاع الخاص. غالبًا ما تُستخدم هذه الأدوية لجعل الأطفال الذين يتعرضون لسوء المعاملة والإهمال مرنين بشكل أكبر. في عام ٢٠٠٨، أخذ ١٩,٠٤٥ طفلًا في سن الخامسة وما دون وصفات لمضادات ذهان من خلال برنامج «ميديكيد»[٤١]. وجدت إحدى الدراسات، استنادًا إلى بيانات «ميديكيد» في ثلاث عشرة ولاية، أن ١٢,٤ في المائة من الأطفال الخاضعين للرعاية البديلة تلقوا مضادات ذهان، مقارنةً بـ١,٤ في المائة من الأطفال المؤهلين لبرنامج «ميديكيد» بشكل عام[٤٢]. تجعل هذه الأدوية الأطفال أكثر قابلية للإدارة وأقل عدوانية، ولكنها أيضًا تتداخل مع الدافعية واللعب، والفضول، وهي أشياء لا غنى عنها للنضج إلى عضو حسن الأداء ومساهم في المجتمع. الأطفال الذين يتعاطون مضادات الذهان معرضون أيضًا لخطر الإصابة بالسمنة المفرطة ومرض السكري. في غضون ذلك، تستمر الجرعات الزائدة من الأدوية التي تنطوي على مزيج من الأدوية النفسية وأدوية الألم في الارتفاع[٤٣].

بالنظر إلى أن الأدوية أصبحت مربحة جدًّا، نادرًا ما تنشر المجلات الطبية الكبرى دراسات حول العلاجات غير الدوائية لمشكلات الصحة العقلية[٤٤]. وعادةً ما يُهمَّش الممارسون الذين يستكشفون علاجات على أنهم أطباء «بديلون». نادرًا ما تُموَّل دراسات العلاجات غير الدوائية إلا إذا اشتملت على ما يسمى بالبروتوكولات الخاضعة للإرشادات، حيث يمر المرضى والمعالجون بتسلسلات محددة بدقة تسمح بتعديلات طفيفة

لاحتياجات المرضى الفردية. يلتزم الطب السائد بحزم بحياة أفضل من خلال الكيمياء، ونادرًا ما يؤخذ في الحسبان حقيقة أنه يمكننا بالفعل تغيير فسيولوجيتنا وتوازننا الداخلي بوسائل أخرى غير الأدوية.

التكيُّف أم المرض؟

يغفل نموذج المرض الدماغي عن أربع حقائق أساسية: ١- قدرتنا على تدمير بعضنا بعضًا تقابلها قدرتنا على شفاء بعضنا بعضًا. استعادة العلاقات والمجتمع أمر أساسي لاستعادة الرفاهية. ٢- تمنحنا اللغة القدرة على تغيير أنفسنا والآخرين من خلال التواصل حول تجاربنا، ما يساعدنا على تحديد ما نعرفه، وإيجاد حس مشترك بالمعنى. ٣- لدينا القدرة على تنظيم فسيولوجيتنا، بما في ذلك بعض ما يسمى الوظائف اللاإرادية للجسم والمخ، من خلال أنشطة أساسية مثل التنفس، والحركة، واللمس. ٤- يمكننا تغيير الظروف الاجتماعية لخلق بيئات يشعر فيها الأطفال والبالغون بالأمان ويمكنهم الازدهار فيها.

عندما نتجاهل هذه الأبعاد الجوهرية للإنسانية، فإننا نحرم الناس من طرقٍ للتعافي من الصدمة واستعادة استقلاليتهم. أن يُعد الشخص مريضًا، وليس مشاركًا في عملية شفائه، يفصل الأشخاص الذين يعانون عن مجتمعهم ويحرمهم من إحساس داخلي بالذات. وبالنظر إلى محدودية الأدوية، بدأتُ أتساءل عما إذا كان بإمكاننا إيجاد المزيد من الطرق الطبيعية لمساعدة الناس على التعامل مع استجاباتهم اللاحقة للصدمة.



الفصل الثالث

النظر في الدماغ: ثورة علم الأعصاب

«إذا تمكّنا من النظر من خلال الجمجمة إلى دماغ شخصٍ يفكر بوعي، وإذا كان مكان القابلية القصوى للاستثارة مضيئًا، فإننا يجب أن نرى فوق السطح الدماغي لَعِبًا؛ نقطة مضيئة، ذات حدود رائعة ومموَّجة تتقلّب باستمرار في الحجم والشكل، وتُحاط بظلمة، عميقة إلى حدٍّ ما، تغطي بقية نصف الدماغ».

– إيفان بافلوف

«إنك ترصد كثيرًا بالمشاهدة».

– يوجي بيرا

في أوائل تسعينيات القرن العشرين، فتحت تقنيات تصوير الدماغ الجديدة قدرات لم يحلم بها أحد لاكتساب فهم متطور للطريقة التي يعالج بها الدماغ المعلومات. الآلات العملاقة التي تقدر بملايين الدولارات التي تعتمد على الفيزياء المتقدمة وتكنولوجيا الكمبيوتر جعلت علم الأعصاب ـ بشكل سريع ـ أحد المجالات الأكثر شيوعًا للبحث. سمح «التصوير المقطعي

بالإصدار «البوزيتروني»»، وبعد ذلك «التصوير بالرنين المغناطيسي الوظيفي» للعلماء بتصوُّر كيف تنشَّط أجزاء مختلفة من الدماغ عندما ينخرط الأشخاص في مهام معينة أو عندما يتذكرون أحداثًا من الماضي. تمَكنَّا لأول مرة من مشاهدة الدماغ وهو يعالج الذكريات، والأحاسيس، والعواطف، وبدأنا في رسم خريطة لدوائر العقل والوعي. مكَّنت التكنولوجيا المبكرة لقياس المواد الكيميائية في الدماغ مثل «السيروتونين» أو «النوربينفرين» العلماءَ من النظر فيما يغذي النشاط العصبي، الأمر الذي يشبه إلى حدٍّ ما محاولة فهم محرك سيارة من خلال دراسة البنزين. جعل التصوير العصبي رؤية ما بداخل المحرك أمرًا ممكنًا. من خلال قيامه بذلك غيَّر أيضًا فهمنا للصدمة.

كانت كلية الطب بجامعة هارفارد وما زالت في طليعة ثورة علم الأعصاب، وفي عام ١٩٩٤ عُيِّن طبيبٍ نفسي شاب، هو سكوت راوتش، أول مدير لـ«مختبر التصوير العصبي بمستشفى ماساتشوستس العام». بعد التفكير في الأسئلة الأكثر مناسبة التي يمكن أن تجيب عنها هذه التكنولوجيا الجديدة، وقراءة بعض المقالات التي كتبتُها، سألني سكوت عما إذا كنت أعتقد أنه يمكننا دراسة ما يحدث في أدمغة الأشخاص الذين يعانون ذكريات مباغتة ولا إرادية.

كنت قد انتهيت لتوي من دراسة حول كيفية تذكُّر الصدمة (سأناقشها في الفصل الثاني عشر)، حيث أخبرني المشاركون مرارًا وتكرارًا كم كان مزعجًا أن يُختطفوا فجأةً من خلال صور، ومشاعر، وأصوات من الماضي. عندما قال العديد منهم إنهم يرغبون في معرفة الحيلة التي تخدعهم بها أدمغتهم خلال هذه الذكريات المباغتة واللاإرادية، سألت ثمانية منهم عما إذا كانوا على استعداد للعودة إلى العيادة والاستلقاء داخل الماسح الضوئي (تجربة جديدة تمامًا وصفتها بالتفصيل) بينما نعيد إنشاء مشهد من الأحداث المؤلمة التي طاردتهم. لدهشتي، وافق الثمانية، وأعرب العديد منهم عن أملهم في أن ما تعلمناه من معاناتهم يمكن أن يساعد الآخرين.

مساعدتي البحثية، ريتا فيسلر، التي كانت تعمل معنا قبل الالتحاق بكلية

الطب بجامعة هارفارد، جلست مع كل مشارك وصنعت بعناية سيناريو أعاد خلق الصدمة التي تعرضوا لها لحظة بلحظة. حاولنا عن عمد جمع أجزاء معزولة فقط من تجربتهم ـ صور، وأصوات، ومشاعر معينة ـ بدلًا من القصة بأكملها، لأن هذه هي الطريقة التي تُختبر بها الصدمة. طلبت ريتا أيضًا من المشاركين وصف مشهد شعروا فيه بالأمان والسيطرة. وصفت إحداهن روتينها الصباحي، ووصفت أخرى جلوسها في شرفة منزل ريفي في «فيرمونت» يطل على التلال. وقد استخدمنا هذا السيناريو لإجراء مسح ثانٍ، لتوفير قياس أساسي.

بعد أن فحص المشاركون السيناريوهات للتأكد من دقتها (عبر قراءتها بصمت، وتلك طريقة أقل غمرًا من الاستماع أو التحدُّث)، قامت ريتا بعمل تسجيل صوتي يشغَّل لهم في أثناء وجودهم في الماسح الضوئي. يأخذ السيناريو النموذجي الشكل التالي:

> إنك في السادسة من عمرك وتستعد للنوم. تسمع والدتك ووالدك يصرخ كلٌّ منهما في وجه الآخر. تخاف وتشعر بتقلُّصات في معدتك. تتجمَّع أنت وأخوك وأختك الأصغر منك على قمة السلم. تنظر من فوق الدرابزين وترى والدك يمسك بذراعَي أمك بينما تحاول هي جاهدة تحرير نفسها. والدتك تبكي، وتبصق، وتهسهس كحيوان. وجهك متورِّد وتشعر بالحرارة في جسمك كله. عندما تحرر والدتك نفسها، تهرع إلى غرفة الطعام وتكسر مزهرية صينية ثمينة. تصرخ في والديك حتى يتوقَّفا، لكنهما يتجاهلانك. تصعد أمك إلى الطابق العلوي وتسمعها وهي تكسر التلفزيون. يحاول أخوك وأختك الأصغر منك دفعها للاختباء في الخزانة. قلبك ينبض بقوة وترتجف.

في هذه الجلسة الأولى، شرحنا الغرض من الأكسجين المشع الذي سيتنفَّسه المشاركون؛ عندما يصبح أي جزء من الدماغ نَشِطًا بشكل أيضيٍّ أو بآخر، فإن

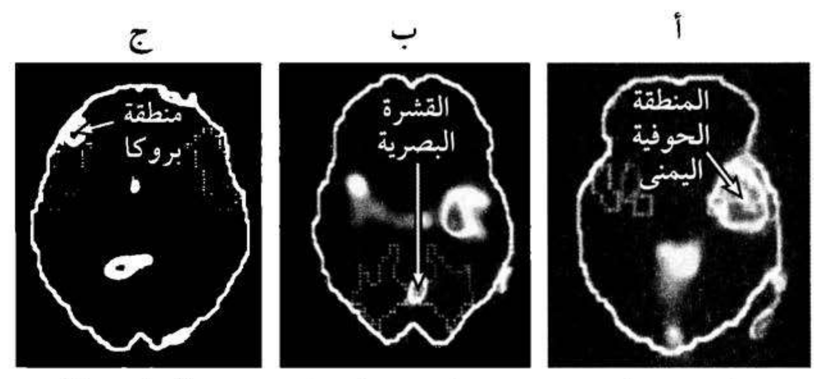
معدل استهلاكه للأكسجين يتغير على الفور، الأمر الذي سيلتقطه الماسح الضوئي. نراقب ضغط الدم ومعدل ضربات القلب طوال العملية، بحيث يمكن مقارنة هذه العلامات الفسيولوجية مع نشاط الدماغ.

بعد عدة أيام، جاء المشاركون إلى مختبر التصوير. كانت مارشا، وهي معلمة تبلغ من العمر أربعين عامًا من إحدى ضواحي بوسطن، أول متطوعة تخضع للمسح. أعادها السيناريو الخاص بها إلى ذلك اليوم، قبل ثلاثة عشر عامًا، عندما أقلَّت ابنتها ميليسا البالغة من العمر خمسة أعوام من المخيَّم الصيفي. في أثناء مغادرتهما، سمعت مارشا صفيرًا مستمرًّا يشير إلى أن حزام أمان ميليسا لم يُثبَّت بشكل صحيح. عندما مدَّت مارشا يدها لضبط الحزام، كسرت إشارة حمراء. اصطدمت سيارة أخرى بسيارتها من جهة اليمين، ما أسفر عن مصرع ابنتها على الفور. في سيارة الإسعاف في الطريق إلى غرفة الطوارئ، مات أيضًا الجنين البالغ من العمر سبعة أشهر الذي كانت تحمله مارشا.

تحولت مارشا بين عشية وضحاها من امرأة مَرِحة ومفعمة بالحياة إلى شخص مسكون ومكتئب ومليء بلوم الذات. انتقلت من التدريس في الفصول إلى قسم الإدارة بالمدرسة، لأن العمل المباشر مع الأطفال أصبح لا يُطاق، كما هي الحال بالنسبة إلى العديد من الآباء الذين فقدوا أطفالهم، أصبح الضحك السعيد للأطفال مثيرًا قويًّا. حتى مع اختبائها وراء أوراقها، بالكاد استطاعت الصمود حتى نهاية اليوم. في محاولة عقيمة للتحكم في مشاعرها، تأقلمت من خلال العمل ليلًا ونهارًا.

كنت أقف خارج الماسح الضوئي فيما خضعت مارشا للمسح، وأمكنني متابعة استجاباتها الفسيولوجية على شاشة المراقبة. في اللحظة التي شغَّلنا فيها جهاز التسجيل، بدأ نبض قلبها يتسارع، وارتفع ضغط دمها. مجرد سماع السيناريو أدى إلى تنشيط الاستجابات الفسيولوجية نفسها التي حدثت خلال الحادث قبل ثلاثة عشر عامًا. بعد انتهاء السيناريو المسجل وعودة معدل ضربات قلب مارشا وضغط دمها إلى طبيعتهما، قمنا بتشغيل

السيناريو الثاني الخاص بها: النهوض من الفراش وتنظيف أسنانها. هذه المرة لم يحصل تغيير في معدل ضربات القلب وضغط الدم.



تصوير الدماغ في أثناء معاناتها من الصدمة. البقع المضيئة في (أ) الدماغ الحُوفي و(ب) القشرة البصرية تُظهِر تنشيطًا متزايدًا. في الرسمة (ج)، يُظهِر مركز الكلام في الدماغ انخفاضًا ملحوظًا في التنشيط.

عندما خرجَتْ من الماسح الضوئي، بدت مارشا مهزومة، ومستغرقة، ومتجمِّدة. كان تنفسها ضحلًا، واتسعت عيناها، وانحنت كتفاها؛ الصورة المثلى للهشاشة والعجز. حاولنا مواساتها، لكني تساءلت عما إذا كان ما اكتشفناه يستحق ثمن ضيقها.

بعد أن أكمل كل المشاركين الثمانية المسح، شرع سكوت راوتش في العمل مع علماء الرياضيات والإحصاء لديه لإنشاء صور مركَّبة تقارن الإثارة الناتجة عن الذكريات المباغتة واللاإرادية بالدماغ في وضعه المحايد. بعد بضعة أسابيع، أرسل إليَّ النتائج الموجودة أعلاه. لصقت صور عمليات المسح على ثلاجة مطبخي، وعلى مدى الأشهر القليلة التالية، كنت أحملق إليها كل مساء. خطر ببالي أن هذا هو ما شعر به علماء الفلك الأوائل عندما أطلُّوا عبر التلسكوب على كوكبة جديدة.

ظهرت في نتائج المسح بعض النقاط والألوان المحيرة، لكن أكبر منطقة

للتنشيط الدماغي ـ بقعة حمراء كبيرة في الجزء السفلي الأيمن من مركز الدماغ، وهي المنطقة الحُوفية، أو الدماغ العاطفي ـ لم تكن مفاجأة. كان معروفًا بالفعل أن العواطف الشديدة تنشط الجهاز الحُوفي، ولا سيما منطقة داخله تسمى «اللوزة الدماغية». نعتمد على اللوزة الدماغية لتحذِّرنا من الخطر الوشيك وتُنشط استجابة التوتر الخاصة بالجسم. أظهرت دراستنا بوضوح أنه عندما تُعرض على الأشخاص المصابين بصدمة صور، أو أصوات، أو أفكار تتعلق بتجربتهم الخاصة، فإن اللوزة الدماغية تتفاعل بالتَّنبيه، حتى، كما في حالة مارشا، بعد ثلاثة عشر عامًا من الحدث. يؤدي تنشيط مركز الخوف هذا إلى إثارة سلسلة تعاقبية من هرمونات التوتر والاندفاعات العصبية التي تؤدي إلى ارتفاع ضغط الدم، ومعدل ضربات القلب، واستهلاك الأكسجين، «وإعداد الجسم للقتال أو الهرب»[٤٥]. سجلت شاشات المراقبة المتصلة بذراعَي مارشا حالة الاستثارة الفسيولوجية المحمومة هذه، على الرغم من أنها لم تفقد قَطُّ حقيقة أنها كانت تستلقي بهدوء داخل الماسح الضوئي.

رعب عاجز عن الكلام

كان اكتشافنا الأكثر إثارة للدهشة هو وجود بقعة بيضاء في الفص الأمامي الأيسر من القشرة، في منطقة تسمى «بروكا». في هذه الحالة، أفاد التغيير في اللون بأن هناك انخفاضًا كبيرًا في هذا الجزء من الدماغ. تُعدُّ منطقة «بروكا» واحدًا من مراكز الكلام في الدماغ، وغالبًا ما تتأثر عند مرضى السكتة الدماغية عندما ينقطع تدفق الدم عن تلك المنطقة. من دون سير عمل منطقة «بروكا»، لا يمكنك وضع أفكارك ومشاعرك في شكل كلمات. وقد أظهرت عمليات المسح التي أجريناها أن منطقة «بروكا» تعطَّلت كلما أُثيرت ذكرى مباغتة ولا إرادية. بعبارة أخرى، امتلكنا دليلًا مرئيًّا على أن تأثيرات الصدمة لا تختلف بالضرورة عن ـ ويمكن أن تتداخل مع ـ تأثيرات آفات جسدية مثل السكتات الدماغية.

الصدمة كلها قبل كلامية. يصوِّر شكسبير حالة الرعب العاجزة عن الكلام هذه في مسرحية «مكبث»، بعد اكتشاف جثَّة الملك المقتول: «يا لهذا الرعب! الرعب! الرعب! ليس بمقدور اللسان ولا القلب أن يستوعباه أو يُسمِّياه! لقد صنعَ الالتباسُ الآن تُحفَته!». في ظل الظروف القاسية، قد يصرخ الناس بكلمات نابية، أو يطلبون أمهاتهم، أو يعوون في رعب، أو ببساطة يتعطَّلون. ضحايا الاعتداءات والحوادث يجلسون صامتين ومتجمِّدين في غرف الطوارئ؛ والأطفال المصابون بصدمات «يفقدون ألسنتهم» ويرفضون الكلام. تُظهِر صور الجنود المقاتلين رجالًا مجوَّفي الأعين يحدقون بصمت إلى الفراغ.

حتى بعد مرور أعوام، غالبًا ما يواجه الأشخاص المصابون بصدمات صعوبة كبيرة في إخبار الآخرين بما حدث لهم. تُعيد أجسامهم من جديد اختبار الرعب، والاهتياج، والعجز، بالإضافة إلى الدافع للقتال أو الفرار، لكن هذه المشاعر يكاد يكون من المستحيل التعبير عنها. تدفعنا الصدمة بطبيعتها إلى حافة الاستيعاب، وتقطعنا عن اللغة المبنية على تجربة مشتركة أو ماضٍ يمكن تخيُّله.

لا يعني هذا أن الناس لا يستطيعون التحدث عن مأساة حلَّت بهم. عاجلًا أم آجلًا، يأتي معظم الناجين، مثل قدامى المحاربين في الفصل الأول، بما يسميه الكثيرون منهم «قصة الغلاف» الخاصة بهم التي تقدِّم للاستهلاك العام بعض التفسير لأعراضهم وسلوكهم. ومع ذلك، نادرًا ما تلتقط هذه القصص الحقيقة الداخلية للتجربة. من الصعب للغاية التعبير عن تجارب المرء الصادمة في رواية متماسكة؛ في سردية لها بداية، ووسط، ونهاية. بل إن مراسلًا مخضرمًا مثل مراسل شبكة «سي بي إس» الشهير إد مورو عانى لنقل الفظائع التي رآها عندما حُرِّر معسكر الاعتقال النازي «بوخنفالد» في عام ١٩٤٥:

ـ أدعو الله أن تصدقوا ما قلته. لقد نقلت ما رأيته وسمعته... جزءًا منه فحسب، أما بالنسبة إلى معظمه فليس لديَّ ما يلزم من كلمات.

عندما تفشل الكلمات، تلتقط الصور المخيفة التجربة وتعود في شكل كوابيس وذكريات مباغتة ولا إرادية. على النقيض من تعطُّل منطقة «بروكا»، أضاءت منطقة أخرى، هي «منطقة برودمان رقم ١٩»، عند المشاركين في تجربة المسح. هذه منطقة في القشرة البصرية تُسجِّل الصور عندما تدخل الدماغ لأول مرة. فوجئنا برؤية تنشيط الدماغ في هذه المنطقة لفترة طويلة بعد التجربة الأصلية للصدمة. في الظروف العادية، تنتشر الصور الأولية المسجلة في المنطقة رقم ١٩ بسرعة إلى مناطق الدماغ الأخرى التي تفسِّر معنى ما شُوهِد. مرة أخرى، كنا نشهد منطقة في الدماغ تضيء من جديد كما لو كانت الصدمة تحدث بالفعل.

كما سنرى في الفصل الثاني عشر، الذي يناقش الذاكرة، فإن أجزاء إحساسٍ أخرى غير معالجة للصدمة، مثل الأصوات والروائح والأحاسيس الجسدية، تُسجَّل أيضًا بشكل منفصل عن القصة نفسها. وغالبًا ما تؤدي أحاسيس مماثلة إلى إثارة ذكريات مباغتة لا إرادية وتعيدها إلى الوعي، من الواضح أن تلك الذكريات لم تتغيَّر بمرور الوقت.

التحول إلى جانب واحد من الدماغ

كشفت عمليات المسح أيضًا أنه في أثناء الذكريات المباغتة واللاإرادية، تُضاء أدمغة المشاركين في الجانب الأيمن فقط. اليوم، يوجد عدد كبير من المؤلَّفات العلمية والشعبية حول الفارق بين الجانبين الأيمن والأيسر من الدماغ. في أوائل تسعينيات القرن العشرين، سمعت أن بعض الناس قد بدأوا في تقسيم العالم بين أصحاب الأدمغة اليسرى (الأشخاص العقلانيون المنطقيون) وأصحاب الأدمغة اليمنى (الأشخاص الحدسيون والإبداعيون)، لكني لم أُعِر اهتمامًا كبيرًا لهذه الفكرة. ومع ذلك، فقد أظهرت بوضوح عمليات المسح التي أجريناها أن صور الصدمات السابقة تُنشِّط النصف الأيمن من الدماغ وتُبطِل تنشيط النصف الأيسر.

نعرف الآن أن نِصفَي الدماغ ينطقان بلغتين مختلفتين. النصف الأيمن حدسي، وعاطفي، وبصري، ومكاني، وحسِّي، والنصف الأيسر لغوي، وتسلسلي، وتحليلي. في حين أن النصف الأيسر من الدماغ يقوم بكل الكلام، فإن النصف الأيمن من الدماغ يحمل موسيقى التجربة. يتواصل من خلال تعابير الوجه ولغة الجسم ومن خلال إصدار أصوات الحب والأسى: بالغناء، أو السب، أو البكاء، أو الرقص، أو التقليد. ينمو الجزء الأيمن أولًا في الرحم، ويتولى أمر التواصل غير اللفظي بين الأمهات والرُّضَّع. نعرف أن النصف الأيسر من الدماغ يُفعَّل عندما يبدأ الأطفال في فهم اللغة وتعلُّم كيفية التحدث. يمكِّنهم هذا من تسمية الأشياء، ومقارنتها، وفهم علاقاتها المتبادلة، والبدء في توصيل تجاربهم الذاتية الفريدة للآخرين.

يُعالج الجانبان الأيمن والأيسر من الدماغ أيضًا بصمات الماضي بطرق مختلفة تمامًا[٤٦]. يتذكر الدماغ الأيسر الحقائق، والإحصاءات، ومفردات الأحداث. ونلجأ إليه لشرح تجاربنا وترتيبها. يخزِّن الدماغ الأيمن ذكريات الصوت، واللمس، والشم، والعواطف التي تستحضرها. يتفاعل تلقائيًّا مع الأصوات، وتعبيرات الوجه، والإيماءات، والأماكن التي اختُبِرَت في الماضي. ما يستدعيه يبدو وكأنه حقيقة حدسية؛ الأمور كما هي. حتى عندما نُعدِّد فضائل أحد الأحباء لصديقة، قد تُثار مشاعرنا بشكل أعمق عندما يستدعي وجهها العمَّة التي أحببناها في سن الرابعة[٤٧].

في الظروف العادية، يعمل جانبا الدماغ معًا بسلاسة على هذا النحو أو ذاك، حتى عند الأشخاص الذين قد يُقال إنهم يفضِّلون جانبًا على آخر. ومع ذلك، فإن تعطُّل أحد الجانبين، ولو بشكل مؤقت، أو بتر جانب واحد تمامًا (كما حدث أحيانًا في جراحات الدماغ المبكرة) يُعدُّ أمرًا مسببًا للإعاقة.

تعطُّل النصف الدماغي الأيسر له تأثير مباشر في القدرة على تنظيم التجربة في تسلسلات منطقية وترجمة مشاعرنا وتصوُّراتنا المتغيرة إلى كلمات. (منطقة «بروكا»، التي تُظلم في أثناء الذكريات المباغتة واللاإرادية، تقع على الجانب الأيسر). من دون عملية التسلسل، لا يمكننا تحديد السبب والنتيجة، أو فهم الآثار طويلة المدى لأفعالنا، أو إنشاء خطط متماسكة للمستقبل. أحيانًا يقول الأشخاص المنزعجون بشدة إنهم «يفقدون عقولهم». من الناحية التقنية، يختبر هؤلاء فقدانًا للسير التنفيذي للأداء.

عندما يذكِّر شيء ما الأشخاص المصابين بصدمات بالماضي، فإن الجزء الأيمن من الدماغ يتفاعل كما لو كان الحدث الصادم يجري في الوقت الحاضر. لكن بالنظر إلى أن الدماغ الأيسر لا يعمل جيدًا، فقد لا يدركون أنهم يعيدون اختبار الماضي ويعيدون تمثيله؛ فهم حانقون، أو مرعوبون، أو مهتاجون، أو يشعرون بالخزي، أو متجمِّدون. بعد مرور العاصفة العاطفية، قد يبحثون عن شيء ما أو شخص ما يلومونه على ذلك. تصرَّفوا بهذه الطريقة لأنك تأخرت عشر دقائق، أو لأنك أحرقت البطاطس، أو لأنك «لم تستمع إليَّ قَطُّ». بالطبع، فعل معظمنا ذلك من وقت إلى آخر، لكن عندما نهدأ، نعترف، كما هو مأمول، بخطئنا. تتداخل الصدمة مع هذا النوع من الإدراك، وبمرور الوقت، أظهر بحثنا السبب.

عالق في القتال أو الهرب

بدأت منطقية ما حدث لمارشا في الماسح الضوئي تظهر تدريجيًا. بعد ثلاثة عشر عامًا من مأساتها، نشَّطنا الأحاسيس ـ الأصوات والصور المتصلة بالحادث ـ التي كانت لا تزال مخزَّنة في ذاكرتها. عندما ظهرت هذه الأحاسيس على السطح، نشَّطت نظام التنبيه الخاص بها، ما جعلها تتفاعل وكأنها عادت إلى المستشفى حيث قيل لها إن ابنتها قد ماتت. انمحى مرور

ثلاثة عشر عامًا. إن التزايد الحاد في معدل ضربات قلبها وضغط دمها عكس حالة فسيولوجية من التنبُّه المحموم.

يُعدُّ «الأدرينالين» أحد الهرمونات الضرورية لمساعدتنا على المقاومة أو الهرب في مواجهة الخطر. كانت زيادة «الأدرينالين» مسؤولة عن الارتفاع الهائل في معدل ضربات القلب وضغط الدم لدى المشاركين في أثناء استماعهم إلى سردية الصدمة الخاصة بهم. في الظروف العادية، يتفاعل الأشخاص مع التهديد بزيادة مؤقتة في هرمونات التوتر الخاصة بهم. بمجرد انتهاء التهديد، تتبدَّد الهرمونات ويعود الجسم إلى طبيعته. على النقيض من ذلك، فإن هرمونات التوتر لدى الأشخاص المصابين بصدمات تستغرق وقتًا أطول بكثير للعودة إلى خطِّ الأساس وترتفع بسرعة وبشكل غير متناسب، استجابةً للمحفزات الموتِّرة بشكل معتدل. تشتمل الآثار الخبيثة لهرمونات التوتر المرتفعة باستمرار على مشكلات الذاكرة والانتباه، والانفعالية، واضطرابات النوم. كما أنها تُسهم في العديد من المشكلات الصحية طويلة الأجل، اعتمادًا على الجهاز الجسدي الأكثر هشاشة عند فرد معين.

الآن، نعرف أن هناك استجابة محتملة أخرى للتهديد لم تتمكَّن عمليات المسح التي أجريناها من قياسها. يذهب بعض الناس ببساطة إلى الإنكار: تُسجِّل أجسامهم التهديد، لكن عقولهم الواعية تستمر كما لو أن شيئًا لم يحدث. ومع ذلك، على الرغم من أن العقل قد يتعلَّم تجاهل الرسائل الواردة من الدماغ العاطفي، فإن إشارات التنبيه لا تتوقف. يستمر الدماغ العاطفي في العمل، وتستمر هرمونات التوتر في إرسال إشارات إلى العضلات للاشتداد من أجل التصرُّف أو الانهيار عجزًا. تستمر التأثيرات الجسدية في أعضاء الجسم بلا انقطاع حتى تطلب إشعارًا عندما يُعبَّر عنها كمرض. يمكن للأدوية، والمخدرات، والكحول أيضًا أن تُضعف أو تَطمس مؤقتًا الأحاسيس والمشاعر التي لا تُطاق. لكن الجسم يواصل تسجيل كل شيء.

يمكننا تفسير ما حدث لمارشا داخل الماسح الضوئي من عدة وجهات نظر مختلفة، لكلٍّ منها آثارها المترتبة على العلاج. يمكننا التركيز على الانقطاعات الكيميائية العصبية والفسيولوجية التي كانت واضحة جدًّا والمحاججة بأن مارشا تعاني عدم توازن كيميائي بيولوجي يُعاد تنشيطه كلما ذُكِّرت بوفاة ابنتها. قد نبحث، بعد ذلك، عن دواء أو مجموعة من الأدوية لتثبيط التفاعل أو في أفضل الأحوال استعادة توازنها الكيميائي. بناءً على نتائج عمليات المسح التي أجريناها، بدأ بعض زملائي في «مستشفى ماساتشوستس العام» في فحص الأدوية التي قد تجعل الناس أقل استجابة لتأثيرات «الأدرينالين» المرتفع.

أيضًا، يمكننا المحاججة بقوة بأن مارشا شديدة الحساسية تجاه ذكرياتها، وأن أفضل علاج سيكون نوعًا من إزالة التحسُّس[٤٨]. بعد السرد المتكرر لتفاصيل الصدمة مع معالج، قد تصبح استجاباتها البيولوجية صامتة، بحيث يمكنها أن تدرك وتتذكر أن «ذاك حدث وقتها وهذا يحدث الآن»، بدلًا من إعادة عيش التجربة مرارًا وتكرارًا.

منذ مائة عام أو أكثر، نصح كلُّ مقرر دراسي في علم النفس والعلاج النفسي بأن طريقة ما للكلام عن المشاعر المؤلمة يمكن أن تحلَّها. ومع ذلك، كما رأينا، فإن تجربة الصدمة نفسها تقف في طريق القدرة على القيام بذلك. بصرف النظر عن مقدار البصيرة والفهم الذي نطوِّره، فإن الدماغ العقلاني عاجز أساسًا عن إقناع الدماغ العاطفي بالخروج من واقعه الخاص. إنني منبهر على نحو متواصل بمدى صعوبة قيام الأشخاص الذين مرُّوا بما يُعجَز عن وصفه بنقل جوهر تجربتهم. من الأسهل عليهم الكلام عما حدث لهم ـ رواية قصة إيذاء وانتقام ـ بدلًا من ملاحظة حقيقة تجربتهم الداخلية والشعور بها والتعبير عنها بالكلمات.

كشفت عمليات المسح التي أجريناها كيف استمر فزعهم، وكيف يمكن أن تثيره جوانب متعددة من التجربة اليومية. لم يُدمجوا تجربتهم في التيار

الجاري لحياتهم. استمروا في الوجود «هناك» ولم يعرفوا كيف يكونون «هنا»، أحياء بشكل كامل في الحاضر.

بعد ثلاثة أعوام من مشاركتها في دراستنا، بدأت مارشا تأتي لزيارتي بوصفها مريضة. وقد نجحتُ في علاجها باستخدام «إزالة التحسس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين»، موضوع الفصل الخامس عشر.

الجزء الثاني

هذه حال دماغك المصدوم

الفصل الرابع

أن تركض للنجاة بحياتك: تشريح النجاة

«قبل مجيء الدماغ، لم يكن هناك لا لون ولا صوت في الكون، ولا أي نكهة أو رائحة وربما إحساس ضئيل ولا شعور أو عاطفة. قبل الأدمغة، كان الكون أيضًا خاليًا من الألم والقلق».

– روجر سبيري[(٤٩)]

في ١١ سبتمبر ٢٠٠١، شَهِد نعوم شاول، البالغ من العمر خمسة أعوام، أول طائرة ركاب تصطدم بـ«مركز التجارة العالمي» من نوافذ صفِّه الدراسي الأول في مدرسة «بي إس ٢٣٤»، على بعد أقل من ١,٥٠٠ قدم. نزل هو وزملاؤه مع معلِّمهم على السلالم ركضًا باتجاه الردهة، حيث لُمَّ شمل معظمهم مع آبائهم الذين كانوا قد أوصلوهم إلى المدرسة قبل لحظات فقط. كان نعوم، وشقيقه الأكبر، ووالدهما ثلاثة من عشرات الآلاف من الأشخاص الذين ركضوا للنجاة بحياتهم بين أنقاض، ورماد، ودخان مانهاتن السفلى ذلك الصباح.

بعد عشرة أيام، زرتُ عائلته، وهم أصدقاء لي، وفي ذلك المساء تمشَّيت مع والديه في الظلام المخيف عبر الحفرة التي كان الدخان لا يزال

يتصاعد منها وحيث وقف برج «تاوار وان» ذات مرة، وشققنا طريقنا بين أطقم الإنقاذ التي كانت تعمل على مدى الساعة تحت أضواء الكشّافات المتوهّجة. عندما عدنا إلى المنزل، كان نعوم لا يزال مستيقظًا، وأظهر لي صورةً رسمها في التاسعة صباحًا من يوم ١٢ سبتمبر. صوّرت الرسمة ما رآه في اليوم السابق: طائرة تصطدم بالبرج، وكرة لهب، ورجال إطفاء، وأشخاص يقفزون من نوافذ البرج. لكن في أسفل الصورة رسم شيئًا آخر: دائرة سوداء في أسفل المباني. لم يكن لديَّ أي فكرة عما كان عليه هذا الشيء، ولذلك سألته. فأجاب:

ـ نطّاطة.

ـ ما الذي تفعله النطّاطة هناك؟

أوضح نعوم:

ـ حتى يكون الناس بأمان في المرة المقبلة عندما يضطرون إلى القفز.

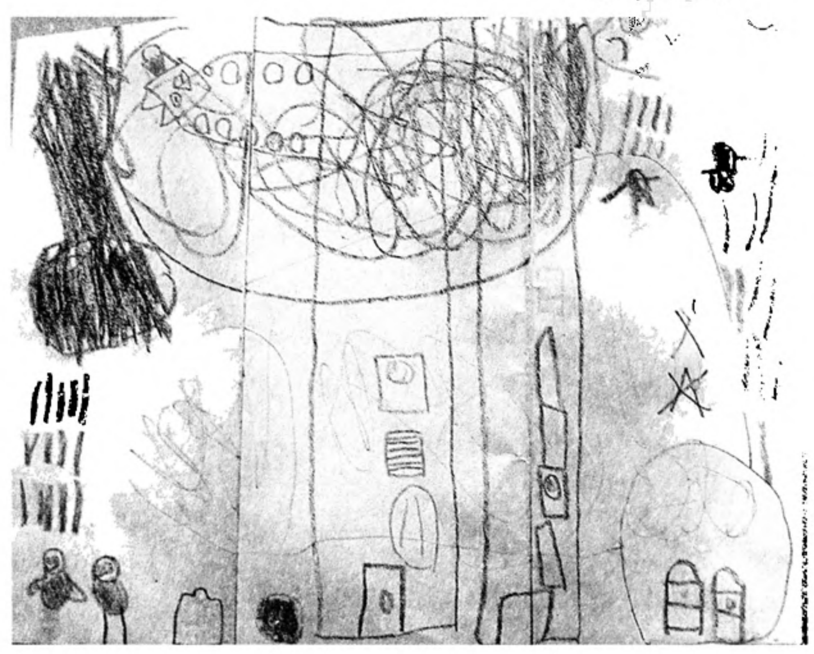
ذُهلت؛ هذا الصبي البالغ من العمر خمسة أعوام، والشاهد على فوضى وكارثة لا توصف وقعت قبل أربع وعشرين ساعة فقط من رسمه هذه الرسمة، استخدم مخيلته لمعالجة ما رآه، وبدأ في مواصلة حياته.

كان نعوم محظوظًا. لم يُصَب أفراد عائلته بأذى، ونشأ محاطًا بالحب، وكان قادرًا على إدراك أن المأساة التي شَهِدوها انتهت. في أثناء الكوارث عادةً ما يأخذ الأطفال الصغار إشاراتهم من آبائهم. ما دام مقدمو الرعاية هادئين ومستجيبين لاحتياجاتهم، فإنهم غالبًا ما ينجون من الحوادث المروعة من دون ندوب نفسية بليغة.

لكن تجربة نعوم تتيح لنا أن نرى بشكل مجمل جانبين حاسمين للاستجابة التكيفية للتهديد التي هي أساسية لنجاة الإنسان. في وقت حدوث الكارثة، كان قادرًا على القيام بدور نَشِط عن طريق الركض هربًا منها، وبالتالي أصبح فاعلًا في إنقاذ نفسه. وبمجرد وصوله إلى أمان المنزل، هدأت أجراس التنبيه

في دماغه وجسمه. حرَّر هذا عقله لفهم ما حدث بل وتخيَّل بديلًا إبداعيًا لما رآه، نطَّاطة منقذة للحياة.

رسمة لنعوم شاول



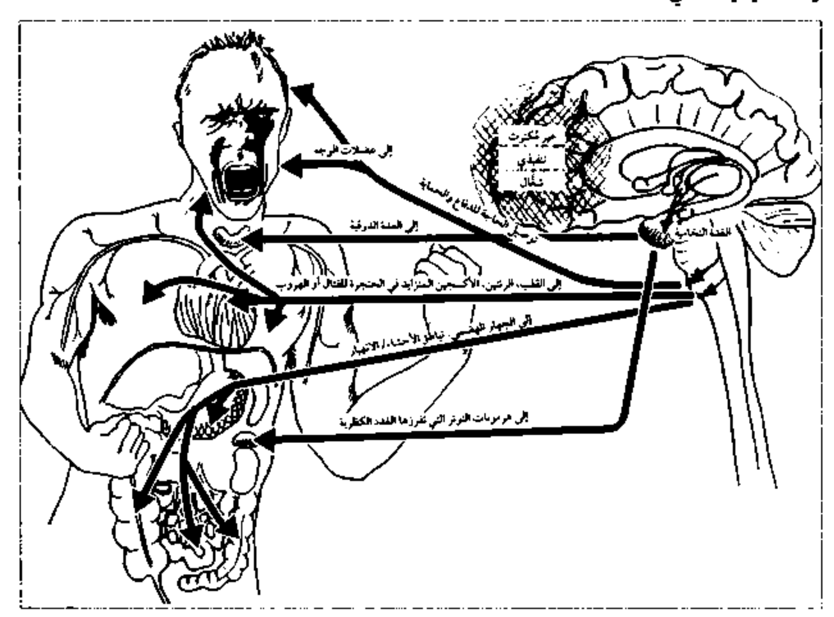
رسمة نعوم البالغ من العمر خمسة أعوام بعد أن شهد الهجوم على «مركز التجارة العالمي» في ١١ سبتمبر. أعاد إنتاج الصورة التي أرَّقت كثيرًا من الناجين ـ أشخاص يقفزون هربًا من الجحيم ـ لكن مع إضافة منقذة للحياة؛ نطَّاطة عند أسفل المبنى المنهار.

على عكس نعوم، يَعْلَق الأشخاص المصابون بصدمات، ويتوقَّفون عن النمو لأنهم لا يستطيعون دمج تجارب جديدة في حياتهم. تأثرتُ كثيرًا عندما منحني قدامى المحاربين في جيش الجنرال باتون ساعة عسكرية تعود إلى الحرب العالمية الثانية في عيد الميلاد، لكنها كانت تذكارًا حزينًا للعام الذي توقفت فيها حياتهم فعليًا؛ ١٩٤٤. أن تتعرض للصدمة يعني أن

تستمر في تنظيم حياتك كما لو كانت الصدمة لا تزال مستمرة ـ بلا تغيُّر أو تبدُّل ـ حيث يلوِّث كل لقاء أو حدث جديد بالماضي.

بعد الصدمة، يُختَبَر العالم من خلال جهاز عصبي مختلف. تصبح طاقة الناجي الآن مركَّزة على قمع الفوضى الداخلية، على حساب الانخراط العفوي في حياتهم. هذه المحاولات للحفاظ على السيطرة على التفاعلات الفسيولوجية التي لا تطاق يمكن أن تؤدي إلى مجموعة كاملة من الأعراض الجسدية، بما في ذلك الألم العضلي الليفي، والتعب المزمن، وأمراض المناعة الذاتية الأخرى. هذا ما يفسر أهمية إشراك الجهاز العضوي بأكمله، الجسم والعقل والدماغ، عند علاج الصدمة.

رسمة لليشيا سكاي



تؤثر الصدمة في الجهاز العضوي البشري بأكمله؛ الجسم، والعقل، والدماغ. في اضطراب كرب ما بعد الصدمة يستمر الجسم في الدفاع ضد تهديد ينتمي إلى الماضي. الشفاء من اضطراب كرب ما بعد الصدمة يعني القدرة على إنهاء هذا الحشد المتواصل للتوتر واستعادة الجهاز العضوي بأكمله إلى بر الأمان.

منظِّم للنجاة

يوضِّح الرسم السابق استجابة الجسم بأكمله للتهديد.

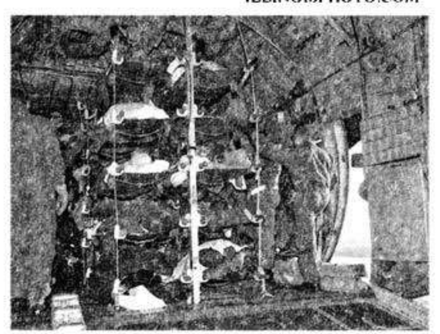
عندما يُشغَّل نظام التنبيه في الدماغ، فإنه يقوم تلقائيًّا بإثارة خطط هروبٍ جسدي مبرمجة سابقًا في الأجزاء الأقدم من الدماغ. كما هي الحال عند حيوانات أخرى، فإن الأعصاب والمواد الكيميائية التي تُشكِّل بنية دماغنا الأساسية لها صلة مباشرة بجسمنا. عندما يتولى الدماغ القديم السيطرة، فإنه يغلق جزئيًّا الدماغ الأعلى، عقلنا الواعي، ويدفع الجسم إلى الركض، أو الاختباء، أو القتال، أو، في بعض الأحيان، التجمُّد. بحلول الوقت الذي ندرك فيه وضعنا تمامًا، قد يكون جسمنا في حالة تحرُّك بالفعل. إذا نجحت استجابة القتال/ الهرب/ التجمُّد وهربنا من الخطر، فإننا نستعيد توازننا الداخلي و«نستعيد حواسنا» بشكل تدريجي.

إذا حُجِبَت الاستجابة العادية لسبب ما ـ على سبيل المثال، عندما يُقيَّد الناس، أو يُحاصرون، أو يمنعون بطريقة أخرى من اتخاذ إجراءات فعَّالة، سواء كان ذلك في منطقة حرب، أو حادث سيارة، أو عنف منزلي، أو اغتصاب ـ يواصل الدماغ إفراز مواد التوتر الكيميائية، وتستمر الدوائر الكهربائية في الدماغ في العمل بلا جدوى[٥٠]. بعد مرور وقت طويل على الحدث الفعلي، قد يستمر الدماغ في إرسال إشارات إلى الجسم للهروب من تهديد لم يعد موجودًا. منذ عام ١٨٨٩ على الأقل، عندما نشر عالم النفس الفرنسي بيير جانيت أول تقدير علمي عن كرب الصدمة[٥١]، اعترِف بأن الناجين من الصدمات عرضة «لمواصلة الفعل، أو بالأحرى المحاولة (غير المجدية) للفعل، التي بدأت عندما حدث الشيء». تُعدُّ القدرة على الحركة وفعل شيء ما لحماية النفس عاملًا حاسمًا في تحديد ما إذا كانت تجربة رهيبة ستترك ندوبًا طويلة الأمد أم لا.

صورة لـ«أسوشيتد برس»/ بول هوثورن



ILLINOISPHOTO.COM



العمل الفعَّال مقابل الشلل. العمل الفعَّال (نتيجة القتال/ الهرب) يُنهي التهديد. الشلل يُبقي الجسم في حالة صدمة لا مفرَّ منها وعجز مُلمّ. في مواجهة الخطر، يفرز الأشخاص هرمونات التوتر تلقائيًا لتغذية المقاومة والهروب. الدماغ والجسم مبرمجان للركض باتجاه المنزل، حيث يمكن استعادة السلامة وتوفير الراحة لهرمونات التوتر. في حالة الرجال المربوطين بالأسرَّة المحمولة الذين يتم إجلاؤهم بعيدًا عن منازلهم بعد إعصار كاترينا، تظل مستويات هرمون التوتر مرتفعة وتنقلب ضد الناجين، ما يثير بشكل مستمر الخوف، والاكتئاب، والاهتياج، والأمراض الجسدية.

في هذا الفصل، سأتعمَّق أكثر في استجابة الدماغ للصدمة. كلما اكتشف علم الأعصاب مزيدًا عن الدماغ أدركنا بشكل أكبر أنه شبكة واسعة من الأجزاء المترابطة داخليًا المنظَّمة لمساعدتنا على النجاة والازدهار. إن معرفة كيفية عمل هذه الأجزاء معًا أمر جوهري لفهم كيفية تأثير الصدمة في كل جزء من الجهاز العضوي البشري، ويمكن أن تكون بمنزلة دليل لا غنى عنه لحل كرب الصدمة.

الدماغ من الأسفل إلى الأعلى

تتمثل الوظيفة الأكثر أهمية للدماغ في ضمان نجاتنا، حتى في ظل أكثر الظروف بؤسًا. كل شيء آخر ثانوي. ومن أجل القيام بذلك، تحتاج الأدمغة إلى: ١- توليد إشارات داخلية تُسجِّل ما تحتاج إليه أجسامنا، مثل الطعام، والراحة، والحماية، والجنس، والمأوى. ٢- إنشاء خريطة للعالم توجِّهنا

إلى المكان الذي علينا الذهاب إليه من أجل تلبية تلك الاحتياجات. ٣- توليد الطاقة والأفعال اللازمة للوصول بنا إلى هناك. ٤- تنبيهنا للأخطار والفرص الموجودة على طول الطريق. ٥- تكييف أفعالنا بناءً على متطلبات اللحظة[٥٢]. وبما أننا نحن البشر عبارة عن ثدييات، كائنات لا يمكنها النجاة والازدهار إلا في مجموعات، فإن كل هذه الضرورات تتطلَّب التنسيق والتعاون. تحدث المشكلات النفسية عندما لا تعمل إشاراتنا الداخلية، أو عندما لا تقودنا خرائطنا إلى حيث نحتاج إلى الذهاب، أو عندما نكون مشلولين للغاية بحيث لا يمكننا التحرك، أو عندما لا تتوافق أفعالنا مع احتياجاتنا، أو عندما تنهار علاقاتنا. كل بنية دماغية أناقشها لها دور تلعبه في هذه الوظائف الجوهرية، وكما سنرى، يمكن أن تتداخل الصدمة مع كلٍّ منها.

إن دماغنا العقلاني الإدراكي هو في الواقع أصغر جزء من الدماغ ويحتل نحو ٣٠ في المائة فقط من المنطقة الموجودة داخل جمجمتنا. يهتم الدماغ العقلاني في المقام الأول بالعالم الذي يقع خارجنا؛ فهم كيفية عمل الأشياء والأشخاص ومعرفة كيفية تحقيق أهدافنا، وإدارة وقتنا، وإضفاء التسلسل على أفعالنا. تحت الدماغ العقلاني يوجد دماغان أقدم تطوريًّا، ومنفصلان إلى حد ما، وهما المسؤولان عن كل شيء آخر؛ تسجيل وإدارة فسيولوجيا الجسم لحظة بلحظة وتعريف الراحة، والأمان، والتهديد، والجوع، والتعب، والرغبة، والشوق، والإثارة، واللذة، والألم.

يُبنى الدماغ من الأسفل إلى الأعلى. وهو يتطور مستوى وراء مستوى داخل كل طفل في الرحم، تمامًا كما حدث في أثناء التطور. الجزء الأكثر بدائية، الجزء الذي يكون شغالًا بالفعل عندما نُولد، هو دماغ الحيوان القديم، الذي يُسمَّى غالبًا «الدماغ الزواحفي». وهو يقع في جذع الدماغ، بالضبط فوق المكان الذي يدخل فيه النخاع الشوكي إلى الجمجمة. الدماغ الزواحفي مسؤول عن كل الأشياء التي يمكن للأطفال حديثي الولادة فعلها؛ الأكل، والنوم، والاستيقاظ، والبكاء، والتنفس، والشعور بالحرارة، والجوع،

والبلل، والألم، وتخليص الجسم من السموم عن طريق التبول والتغوط. يتحكم جذع الدماغ والوِطَاء (الذي يقع فوقه مباشرة) في مستويات الطاقة في الجسم. إنهما ينسّقان عمل القلب والرئتين وكذلك الغدد الصماء والأجهزة المناعية، ما يضمن إبقاء هذه الأنظمة الأساسية لاستمرار الحياة ضمن التوازن الداخلي المستقر نسبيًا المعروف باسم «الاستتباب».

يُعدُّ التنفس، والأكل، والنوم، والتبرز، والتبول أمورًا أساسية للغاية بحيث تُهمل أهميتها بسهولة عندما نفكّر في تعقيدات العقل والسلوك. ومع ذلك، إذا كان نومك مضطربًا أو أمعاؤك لا تعمل، أو إذا كنت تشعر دائمًا بالجوع، أو إذا كان تعرُّضك للَّمس يجعلك ترغب في الصراخ (كما هي الحال غالبًا مع الأطفال والبالغين المصابين بصدمات)، فإن الجهاز العضوي بأكمله مقذوف به في حالة من اختلال التوازن. إنه لمن المدهش تصوُّر كم المشكلات النفسية التي تنطوي على صعوبات في النوم، والشهية، واللمس، والهضم، والاستثارة. يجب أن يتعاطى أي علاج فعَّال للصدمة مع وظائف التدبير الأساسية هذه في الجسم.

يوجد النظام الحُوفي فوق الدماغ الزواحفي. يُعرف أيضًا باسم «الدماغ الثديي»، لأن جميع الحيوانات التي تعيش في مجموعات وتُغذّي صغارها تمتلك واحدًا. ينطلق نمو هذا الجزء من الدماغ بشكل فعلي بعد ولادة الطفل. وهو مقر المشاعر، ومراقب الخطر، والقاضي فيما هو ممتع أو مخيف، والحكم فيما هو مهم أو غير مهم لأغراض النجاة. كما أنه مركز قيادة مركزي للتأقلم مع تحديات العيش ضمن شبكاتنا الاجتماعية المعقدة.

يشكل الجهاز الحوفي استجابة للتجربة، بالشراكة مع التركيب الجيني للطفل وطبعه الخِلقي. (كما يلاحظ بسرعة جميع الآباء والأمهات لأكثر من طفل واحد، يختلف الأطفال منذ وقت ولادتهم في شدة وطبيعة ردود أفعالهم تجاه أحداث مماثلة). كل ما يحدث للطفل يسهم في الخريطة العاطفية والإدراكية للعالم التي يخلقها دماغه النامي. كما يشرح الأمر زميلي

بروس بيري، فإن الدماغ يتشكَّل «بطريقة تعتمد على الاستخدام»[٥٣]. هذه طريقة أخرى لوصف المرونة العصبية، الاكتشاف الحديث نسبيًا القائل إن الخلايا العصبية التي «تشتعل معًا، تتَّصل معًا». عندما تشتعل دائرة كهربائية بشكل متكرر، يمكن أن تصبح إعدادًا افتراضيًا؛ الاستجابة التي من المرجح أن تحدث. إذا كنت تشعر بالأمان والحب، فإن عقلك يصبح متخصصًا في الاستكشاف، واللعب، والتعاون. إذا كنت خائفًا وشخصًا غير مرغوب فيه، فإنه يتخصص في إدارة مشاعر الخوف والهجر.

بوصفنا رُضَّعًا وأطفالًا من عمر عام إلى عامين نتعلَّم عن العالم عن طريق الحركة، والإمساك، والزَّحف، واكتشاف ما يحدث عندما نبكي، أو نبتسم، أو نحتج. نجرِّب باستمرار الأشياء المحيطة بنا، كيف تغيِّر تفاعلاتنا الطريقة التي تشعر بها أجسامنا؟ اذهب إلى حفلة عيد ميلاد أي طفل يبلغ من العمر عامين ولاحِظ كيف سيُشركك الصغير، ولنسمِّه «كيمبرلي»، ويلعب معك، ويتحبَّب إليك، من دون الحاجة إلى اللغة. تُشكِّل هذه الاستكشافات المبكرة البنى الحُوفية المخصصة للعواطف والذاكرة، لكن يمكن أيضًا تعديل هذه البنى بشكل كبير من خلال التجارب اللاحقة؛ للأفضل من خلال صداقة حميمية أو حب أول جميل، على سبيل المثال، أو للأسوأ من خلال اعتداء عنيف، أو تنمر مستمر، أو إهمال.

يشكِّل الدماغ الزواحفي والنظام الحُوفي معًا ما سأطلق عليه «الدماغ العاطفي» في جميع المواضع في هذا الكتاب[٥٤]. يقع الدماغ العاطفي في قلب الجهاز العصبي المركزي، ومهمته الأساسية هي الاعتناء برفاهيتك. إذا اكتشفَ خطرًا أو فرصةً خاصة ـ مثل شريك واعد ـ فإنه ينبِّهك بإفراز دفعة من الهرمونات. سوف تتداخل الأحاسيس الجوانية الناتجة (بدءًا من الغثيان الخفيف إلى قبضة الذعر في صدرك) مع كل ما يُركِّز عليه عقلك حاليًّا وتجعلك تتحركـ جسديًّا وعقليًّاـ في اتجاه مختلف. حتى في صورها التي تكاد لا تُلاحظ، فإن هذه الأحاسيس لها تأثير كبير في القرارات الصغيرة

والكبيرة التي نتَّخذها طوال حياتنا؛ ما نختار أكله، وأين نحبُّ النوم ومع من، وما الموسيقى التي نفضِّلها، ما إذا كنا نحب البستنة أو الغناء ضمن جوقة، ومن نصادق ومن نكره.

التنظيم الخلوي والكيمياء الحيوية للدماغ العاطفي أبسط من نظائرهما في القشرة المُخية الحديثة، دماغنا العقلاني، وهو يقيِّم المعلومات الواردة بطريقة أكثر إجمالية. نتيجة لذلك، ينتقل إلى استنتاجات تستند إلى أوجه تشابه تقريبية، على عكس الدماغ العقلاني، المنظَّم لفرز مجموعة معقَّدة من الخيارات. (المثال النموذجي هو القفز للوراء في حالة من الرعب عندما ترى ثعبانًا، فقط لتدرك أنه مجرد حبل ملفوف). يُباشِر العقل العاطفي خطط هروب مبرمجة سابقًا، مثل استجابات القتال أو الهرب. ردود الفعل العضلية والفسيولوجية هذه تلقائية، وتنطلق من دون أي تفكير أو تخطيط من جانبنا، ما يترك قدراتنا الواعية العقلانية تلحق بها فيما بعد، غالبًا بعد انتهاء التهديد.

أخيرًا، نصل إلى الطبقة العليا من الدماغ، القشرة المُخية الحديثة. نتشارك هذه الطبقة الخارجية مع ثدييات أخرى، لكنها أكثر سُمكًا فينا نحن البشر. في عامنا الثاني من العمر، تبدأ الفصوص الجبهية، التي تُشكِّل الجزء الأكبر من القشرة المُخية الحديثة عندنا، في التطور بوتيرة سريعة. أطلق الفلاسفة القدماء على عمر الأعوام السبعة اسم «سن العقل». إن الصف الأول بالنسبة إلينا هو مقدمة لما سيأتي، حياة منظَّمة حول قدرات الفص الجبهي؛ الجلوس بهدوء، ومراقبة العضلات العاصِرة، والقدرة على استخدام الكلمات بدلًا من تمثيل ما نريده، وفهم الأفكار المجردة والرمزية، والتخطيط للغد، والانسجام مع المعلمين وزملاء الفصل.

الفصوص الجبهية مسؤولة عن الصفات التي تجعلنا متفرِّدين في مملكة الحيوان[٥٥]. تمكننا من استخدام اللغة والتفكير المجرد. تمنحنا القدرة على استيعاب ودمج كميات هائلة من المعلومات وإرفاق معنى بها. على الرغم

من حماستنا حول المآثر اللغوية للشمبانزي وقرود الريسوس، فإن البشر فقط هم من يتقنون الكلمات والرموز اللازمة لخلق السياقات المجتمعية، والروحية، والتاريخية التي تُشكِّل حياتنا.

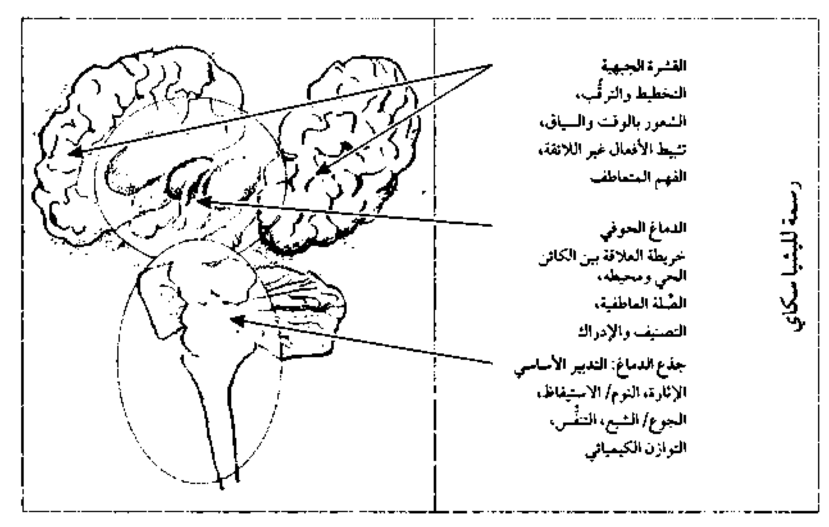
تسمح لنا الفصوص الجبهية بالتخطيط والتأمُّل، والتخيُّل، والعمل وفق سيناريوهات مستقبلية. تساعدنا على التنبؤ بما سيحدث إذا اتخذنا إجراءً ما (مثل التقدم لوظيفة جديدة) أو أهملنا آخر (عدم دفع الإيجار). وهي تجعل الاختيار ممكنًا وتكمن وراء إبداعنا المذهل. أجيالٌ من الفصوص الجبهية التي عملت في تعاون وثيق خلقت الثقافة التي أخذتنا من الزوارق الشجرية، والعربات التي تجرها الخيول، والخطابات إلى الطائرات النفاثة، والسيارات الهجينة، والبريد الإلكتروني. كما قدَّمت لنا نطَّاطة نعوم المنقذة للحياة.

أحدنا مرآة الآخر: البيولوجيا العصبية بين الأشخاص

مع الأخذ في الحسبان أن ذلك من العوامل الحاسمة في فهم الصدمة، تُعد الفصوص الجبهية أيضًا مقر التعاطف؛ قدرتنا على «الشعور بالاهتمام» بشخص آخر. أحد الاكتشافات المثيرة حقًّا في علم الأعصاب الحديث حدث في عام ١٩٩٤، عندما حدَّدت مجموعة من العلماء الإيطاليين في حادثٍ موفَّقٍ خلايا متخصصة في القشرة المُخية، باتت تُعرف باسم «الخلايا العصبية المرآتية»[٥٦]. أوصل الباحثون أقطابًا كهربائية بخلايا عصبية فردية في القشرة الحركية الأمامية لمخ قرد، ثم أعدُّوا كمبيوتر لمراقبة الخلايا العصبية التي تشتعل عندما يلتقط القرد حبة فول سوداني أو يمسك موزة. في مرحلة ما، كان أحد القائمين على التجربة يضع كريات الطعام في صندوق عندما نظر إلى الكمبيوتر. وجد خلايا دماغ القرد تشتعل في المكان المحدد الذي توجد فيه الخلايا العصبية للقيادة الحركية. لكن القرد لم يكن يأكل أو يتحرك. كان يراقب الباحث، ودماغه يحاكي بالنيابة تصرفات الباحث.

تلا ذلك العديد من التجارب الأخرى في جميع أنحاء العالم، وسُرعان ما أصبح واضحًا أن الخلايا العصبية المرآتية قد أوضحت عديدًا من جوانب العقل التي لم يكن من الممكن شرحها سابقًا، مثل التعاطف، والتقليد، والتزامن، وحتى تطور اللغة. قارن أحد الكُتّاب الخلايا العصبية المرآتية بـ«الشبكة اللاسلكية العصبية»[٥٧]؛ فنحن لا نلتقط حركة شخص آخر فحسب، بل نلتقط حالته العاطفية ونياته أيضًا. عندما يكون الناس متزامنين بعضهم مع بعض، فإنهم يميلون إلى الوقوف أو الجلوس بطرق متشابهة، وتتخذ أصواتهم الإيقاعات نفسها. لكن الخلايا العصبية المرآتية تجعلنا أيضًا عرضة لسلبية الآخرين، بحيث نستجيب لغضبهم بحنق أو ننجرف إلى أسفل بسبب اكتئابهم. سيكون لديَّ المزيد لأقوله عن الخلايا العصبية المرآتية لاحقًا في هذا الكتاب، لأن الصدمة تتضمَّن ـ من دون استثناء تقريبًا ـ عدم رؤية المرء، وعدم محاكاته، وعدم أخذه في الحسبان. يحتاج العلاج إلى إعادة تنشيط القدرة على أن تُحاكي وأن تُحاكى بأمان، ولكن أيضًا على أن تقاوم اختطاف مشاعر الآخرين السلبية لك.

كما تعلَّم بالطريقة الصعبة أي شخص عمل مع أشخاص مصابين بأضرار دماغية أو على رعاية والدين مصابين، فإن فصوصًا جبهية تعمل بشكل جيد ضرورية لعلاقات متناغمة مع إخواننا من البشر. إدراك أن الآخرين يمكن أن يُفكِّروا ويشعروا بشكل مختلف عنَّا يُعدُّ خطوة نمو ضخمة للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين عامين إلى ثلاثة أعوام. يتعلمون فهم دوافع الآخرين، حتى يتمكنوا من التكيُّف والبقاء آمنين في مجموعات لها تصوُّرات، وتوقعات، وقيم مختلفة. من دون فصوص جبهية مَرِنة ونَشِطة، يصبح الناس مخلوقات ذات عادات رتيبة، وتصبح علاقاتهم سطحية وروتينية. ويُفتقَر إلى الاختراع والابتكار، والاكتشاف والتعجُّب.



الدماغ الثالوثي (المكوَّن من ثلاثة أجزاء). يتطور الدماغ من الأسفل إلى الأعلى. ينمو الدماغ الزواحفي في الرحم وينظِّم الوظائف الأساسية للحفاظ على الحياة. وهو شديد الاستجابة للتهديد طوال فترة حياتنا بأكملها. يُجهَّز النظام الحُوفي بشكل أساسي خلال الأعوام الستة الأولى من العمر، ولكنه يستمر في التطور بطريقة تعتمد على الاستخدام. يمكن أن يكون للصدمة تأثير كبير في عمله طوال الحياة. تتطوَّر قشرة الفص الجبهي أخيرًا، وتتأثر أيضًا بالتعرُّض للصدمة، بما في ذلك عدم القدرة على تصفية المعلومات غير ذات الصلة. وطوال الحياة تكون عرضة للتعطُّل استجابةً للتهديد.

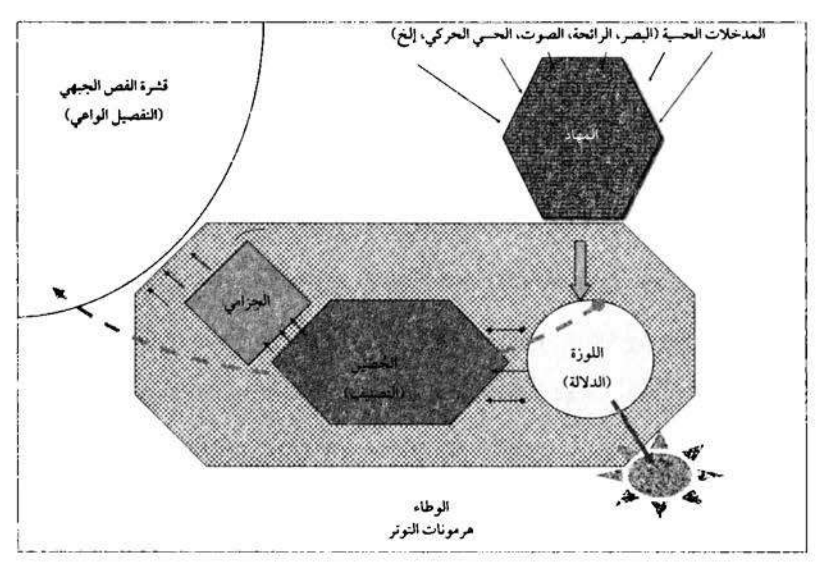
يمكن أن تمنعنا الفصوص الجبهية أيضًا (في بعض الأحيان، ولكن ليس دائمًا) من فعل أشياء من شأنها إحراجنا أو إيذاء الآخرين. لا يتعيَّن علينا تناول الطعام في كل مرة نشعر فيها بالجوع، أو تقبيل أي شخص يثير رغباتنا، أو أن ننفجر في كل مرة نشعر فيها بالغضب. لكن بالضبط على تلك الحافة بين الاندفاع والسلوك المقبول تبدأ معظم مشكلاتنا. كلما زادت حِدَّة المدخلات الحشوية الحسية القادمة من الدماغ العاطفي، قلَّت قدرة الدماغ العقلاني على تثبيطها.

تحديد الخطر: الطباخ وكاشف الدخان

الخطر جزء طبيعي من الحياة، والدماغ مسؤول عن اكتشافه وتنظيم استجابتنا. تصل المعلومات الحسِّية عن العالم الخارجي من خلال عينينا، وأنفنا، وأذنينا، وجلدنا. تتلاقى هذه الأحاسيس في المِهَاد، وهي منطقة داخل النظام الحُوفي تعمل بمنزلة «الطباخ» داخل الدماغ. يُقلِّب المِهَاد جميع المدخلات القادمة من تصوُّراتنا ويجعل منها حساءً سيرذاتيًّا ممزوجًا بالكامل، تجربة متكاملة ومتماسكة لـ«هذا ما يحدث لي»(٥٨). ثم تُمرَّر الأحاسيس في اتجاهين؛ نزولًا إلى اللوزة الدماغية، التي هي عبارة عن بنيتين صغيرتين على شكل لوزة تقع عميقًا في الدماغ اللاواعي الحُوفي، وصعودًا إلى الفصوص الجبهية، حيث تصل إلى إدراكنا الواعي. يُسمِّي عالم الأعصاب جوزيف ليدو الطريق إلى اللوزة الدماغية «الطريق المنخفض»، وهو سريع للغاية، والطريق إلى القشرة الجبهية «الطريق العالي» الذي يستغرق عدة أجزاء من الألف من الثانية أطول في خضم تجربة مُهدِّدة للغاية. ومع ذلك، يمكن لعملية المعالجة التي يقوم بها المِهَاد أن تتعطَّل. تُرمَّز المشاهد، والأصوات، والروائح، واللمس على أنها شظايا معزولة ومنفصلة، وتتفكَّك عملية المعالجة العادية للذاكرة. يتجمَّد الوقت، بحيث يُشعَر بالخطر الحالي وكأنه سيستمر إلى الأبد.

تتمثل الوظيفة المركزية للوزة الدماغية التي أسميها «كاشف الدخان» داخل الدماغ، في تحديد ما إذا كانت المدخلات الواردة مناسبة لنجاتنا(٥٩). وهي تفعل ذلك بسرعة وبشكل تلقائي، بمساعدة إفادات الحُصين، وهو عبارة عن بنية قريبة تربط المدخلات الجديدة بالتجارب السابقة. إذا شعرت اللوزة الدماغية بوجود تهديد ـ اصطدام محتمل بمركبة قادمة، شخص في الشارع يبدو مهددًا ـ فإنها تُرسل على الفور رسالة إلى الوِطَاء وجذع الدماغ، مجنِّدةً نظام هرمون التوتر والجهاز العصبي اللاإرادي لتنسيق استجابة الجسم كله. بالنظر إلى أن اللوزة الدماغية تُعالج المعلومات التي

تتلقاها من المِهَاد بشكل أسرع من الفصوص الجبهية، فإنها تقرر ما إذا كانت المعلومات الواردة تشكِّل تهديدًا لنجاتنا حتى قبل أن ندرك بوعي الخطر. بحلول الوقت الذي ندرك فيه ما يحدث قد يكون جسمنا بالفعل في حالة حركة.



يمتلك العقل العاطفي اليد الطولى في تفسير المعلومات الواردة. تتلاقى المعلومات الحسية حول حالة البيئة والجسم التي تتلقاها العين، والأذن، واللمس، والحس الحركي، وما إلى ذلك على المِهَاد، حيث تخضع للمعالجة، ثم تنتقل إلى اللوزة الدماغية لتفسير أهميتها العاطفية. يحدث هذا بسرعة البرق. إذا اكتُشِفَ تهديد، فإن اللوزة الدماغية تُرسل رسائل إلى الوِطَاء لإفراز هرمونات التوتر للدفاع ضد هذا التهديد. يسمِّي عالم الأعصاب جوزيف ليدو هذا «الطريق المنخفض». المسار العصبي الثاني، الطريق العالي، يمتدُّ من المِهَاد، عبر الحُصين والقشرة الحزامية الأمامية، إلى قشرة الفص الجبهي، الدماغ العقلاني، للحصول على تفسير واعٍ وأكثر دقة. يستغرق هذا عدة أجزاء من الألف من الثانية أطول. إذا كان تفسير اللوزة الدماغية للتهديد حادًّا للغاية، و/أو كان نظام الترشيح من المناطق العليا من الدماغ ضعيفًا للغاية ـ كما يحدث غالبًا في اضطراب كرب ما بعد الصدمة ـ يفقد الناس السيطرة على الاستجابات التلقائية للطوارئ، مثل الفزع المطول أو النوبات العدوانية.

تؤدي إشارات الخطر في اللوزة الدماغية إلى إطلاق هرمونات التوتر القوية، بما في ذلك «الكورتيزول» و«الأدرينالين»، ما يزيد من معدل ضربات القلب، وضغط الدم، ومعدل التنفس، ما يحضِّرنا للمقاومة أو الهروب. بمجرد انتهاء الخطر، يعود الجسم إلى حالته الطبيعية بسرعة إلى حد ما. لكن عندما يُحجَب التعافي، يُحفَّز الجسم للدفاع عن نفسه، ما يجعل الناس يشعرون بالاهتياج والإثارة.

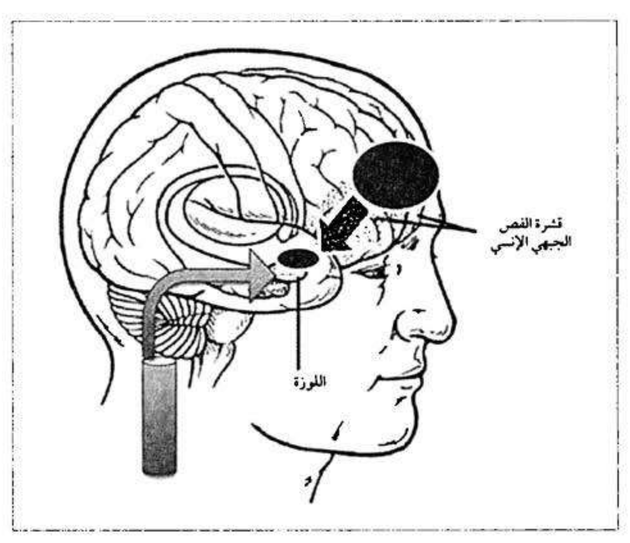
في حين أن كاشف الدخان عادةً ما يكون جيدًا في التقاط إشارات الخطر، فإن الصدمة تزيد من خطر سوء تفسير ما إذا كان موقف معين خَطِرًا أو آمنًا. لا يمكنك التعايش مع الآخرين إلا إذا كنت تستطيع أن تقيس بدقة ما إذا كانت نياتهم حميدة أم خَطِرة. حتى الخطأ الطفيف في القراءة يمكن أن يؤدي إلى سوء فهم مؤلم في العلاقات في المنزل والعمل. يتطلَّب العمل بفعالية في بيئة عمل معقدة أو في منزل مليء بالأطفال المشاغبين القدرة على تقييم شعور الناس بسرعة وتعديل سلوكك باستمرار وفقًا لذلك. تؤدي أنظمة التنبيه الخاطئة إلى تفجُّرات أو تعطُّلات في الاستجابة للتعليقات أو تعابير الوجه غير المؤذية.

السيطرة على استجابة التوتر: برج المراقبة

إذا كانت اللوزة الدماغية هي كاشف الدخان في الدماغ، ففكِّر في الفصوص الجبهية ـ وعلى وجه التحديد قشرة الفص الجبهي الإنسي[٦٠]، الواقعة مباشرة فوق أعيننا ـ على أنها برج المراقبة، الذي يوفر منظرًا للمشهد من أعلى. هل هذا الدخان الذي تشمُّه علامة على أن منزلك يحترق وأنك بحاجة إلى الخروج بسرعة، أم أنه يأتي من شريحة لحمٍ وضعتَها على نارٍ عالية جدًّا؟ لا تُصدر اللوزة الدماغية مثل هذه الأحكام، بل تجعلك فقط على استعداد للمقاومة أو الهروب، حتى قبل أن تحصل الفصوص الجبهية على فرصة

للتأثير في تقييمها. ما دمت لست منزعجًا جدًّا، يمكن لفصوصك الجبهية استعادة توازنك من خلال مساعدتك على إدراك أنك تستجيب لإنذار خاطئ وتُجهِض استجابة التوتر.

عادةً ما تُمكِّن القدرات التنفيذية لقشرة الفص الجبهي الناس من مراقبة ما يجري، والتنبؤ بما سيحدث إذا اتخذوا إجراءً معينًا، واتخاذ قرار واعٍ. القدرة على التحليق بهدوء وموضوعية فوق أفكارنا، ومشاعرنا، وعواطفنا (وهي قدرة سأسمِّيها «اليقظة العقلية» في هذا الكتاب) ثم أخذ وقتنا للاستجابة يسمحان للدماغ التنفيذي بتثبيط، وتنظيم، وتعديل ردود الفعل التلقائية المصمَّمة والمبرمجة سابقًا في الدماغ العاطفي. هذه القدرة ضرورية للحفاظ على علاقاتنا مع إخواننا من البشر. ما دامت فصوصنا الجبهية تعمل بشكل صحيح، فمن غير المرجح أن نفقد أعصابنا في كل مرة يتأخر فيها النادل في طلبنا أو يجعلنا وكيل شركة التأمين ننتظر. (يخبرنا برج المراقبة أيضًا أن غضب الآخرين وتهديداتهم من عمل حالتهم العاطفية). عندما ينهار هذا النظام، نصبح مثل الحيوانات المشروطة؛ في اللحظة التي نستشعر فيها الخطر، ننتقل تلقائيًّا إلى وضع القتال أو الهرب.



من أعلى إلى أسفل أو من أسفل إلى أعلى. تُحدِّد الهياكل الموجودة في الدماغ العاطفي ما نعدُّه خطيرًا أو آمنًا. وهناك طريقتان لتغيير نظام اكتشاف التهديدات: من الأعلى إلى الأسفل، عبر تعديل الرسائل القادمة من القشرة الأمامية الجبهية (وليست فقط القشرة الأمامية)، أو من الأسفل إلى الأعلى، عبر الدماغ الزواحفي، من خلال التنفُّس والحركة واللمس.

في اضطراب كرب ما بعد الصدمة، يتحوَّل التوازن الحَرِج بين اللوزة الدماغية (كاشف الدخان) وقشرة الفص الجبهي الإنسي (برج المراقبة) بشكل راديكالي، ما يجعل من الصعب للغاية التحكُّم في العواطف والاندفاعات. تكشف دراسات التصوير العصبي لبشرٍ في حالات عاطفية عالية أن الخوف، والحزن، والغضب الشديد تزيد جميعًا من تنشيط مناطق الدماغ تحت القشرية المرتبطة بالعواطف وتقلِّل بشكل كبير من النشاط في مناطق مختلفة في الفص الجبهي، خصوصًا قشرة الفص الجبهي الإنسي. عندما يحدث ذلك، تنهار القدرات المثبِّطة للفص الجبهي، و«يودِّع الناس حواسهم»؛ قد يفزعون استجابةً لأي صوت مرتفع، أو يغضبون من إحباطات صغيرة، أو يتجمَّدون عندما يلمسهم شخص ما[٦١].

يعتمد التعامل الفعَّال مع التوتر على تحقيق التوازن بين كاشف الدخان وبرج المراقبة. إذا كنت ترغب في إدارة مشاعرك بشكل أفضل، يمنحك عقلك خيارين؛ يمكنك تعلُّم تنظيمها من الأعلى إلى الأسفل أو من الأسفل إلى الأعلى.

معرفة الفارق بين التنظيم من أعلى إلى أسفل ومن أسفل إلى أعلى أمر أساسي لفهم ومعالجة كرب الصدمة. يتضمَّن التنظيم من أعلى إلى أسفل تعزيز قدرة برج المراقبة على مراقبة أحاسيس جسمك. يمكن أن يساعد التأمُّل اليقظ عقليًّا و«اليوجا» في ذلك. يتضمَّن التنظيم من أسفل إلى أعلى إعادة ضبط الجهاز العصبي اللاإرادي (الذي، كما رأينا، ينشأ في جذع الدماغ). يمكننا الوصول إلى الجهاز العصبي اللاإرادي من خلال التنفس، أو الحركة، أو اللمس. التنفس هو إحدى وظائف الجسم القليلة التي تقع تحت كلٍّ من السيطرة الواعية والسيطرة اللاإرادية. في الجزء الخامس من هذا الكتاب، سنستكشف تقنيات محددة لزيادة التنظيم من أعلى إلى أسفل وكذلك من أسفل إلى أعلى.

الفارس والفرس

الآن، أريد أن أؤكد أن العاطفة لا تتعارض مع العقل؛ تمنح عواطفنا قيمة للتجارب وبالتالي فهي أساس العقل. تجربتنا الذاتية هي نتاج التوازن بين الدماغ العقلاني والدماغ العاطفي. عندما يكون هذان النظامان متوازنين، فإننا «نحسُّ بأننا أنفسنا حقًّا». ومع ذلك، عندما تكون نجاتنا على المحك، يمكن لهذين النظامين أن يعملا بشكل مستقل نسبيًّا.

مثلًا، إذا كنت تقود سيارتك، وتتحدث مع صديق، ولمحت من طرف عينك فجأة شاحنة في الأفق، فإنك تتوقف على الفور عن الكلام، وتضغط على المكابح، وتُدير عجلة القيادة لتجنُّب الأذى. إذا أنقذتك أفعالك الغريزية من الاصطدام، فيمكنك استئناف العمل من حيث توقفت. تعتمد قدرتك

على القيام بذلك إلى حد كبير على مدى السرعة التي تهدأ بها ردود أفعالك الجوانية تجاه التهديد.

عالم الأعصاب بول ماكلين، الذي طوَّر الوصف المكوَّن من ثلاثة أجزاء للدماغ الذي استخدمته هنا، قارن العلاقة بين الدماغ العقلاني والدماغ العاطفي بالعلاقة بين فارس أكثر أو أقل كفاءة وحصانه الجامح[٦٢]. ما دام الطقس هادئًا والمسار سَلِسًا، يمكن للفارس أن يشعر بتحكم ممتاز. لكن الأصوات أو التهديدات غير المتوقعة من الحيوانات الأخرى يمكن أن تجعل الحصان منزعجًا، ما يجبر الفارس على التمسك بحياته الغالية. وبالمثل، عندما يشعر الناس بأن نجاتهم على المحك أو أنه يُستولى عليهم من قِبل نوبات اهتياج، أو شوق، أو خوف، أو رغبات جنسية، فإنهم يتوقفون عن الاستماع إلى صوت العقل، وليس من المنطقي الجدال معهم. متى قرَّر النظام الحُوفي أن شيئًا ما مسألة حياة أو موت، تصبح المسارات بين الفصوص الجبهية والنظام الحُوفي هشَّة للغاية.

يحاول علماء النفس عادةً مساعدة الناس على استخدام البصيرة والفهم لإدارة سلوكهم. ومع ذلك، تُظهِر أبحاث علم الأعصاب أن عددًا قليلًا جدًّا من المشكلات النفسية ناتج عن عيوب في الفهم؛ ينشأ معظم المشكلات عن ضغوط من مناطق أعمق في الدماغ تقود تصوُّرنا واهتمامنا. عندما يستمر جرس التنبيه في الدماغ العاطفي في الإشارة إلى أنك في خطر، فلن يؤدي أي قدر من البصيرة إلى إسكاته. أتذكر هنا الموقف الكوميدي الذي أشاد فيه شخص له سبع سوابق، في برنامج لإدارة الغضب، بفضيلة التقنيات التي تعلَّمها:

ـ إنها رائعة وتعمل بشكل رائع، ما دمت لست غاضبًا حقًّا.

عندما تكون أدمغتنا العاطفية والعقلانية في صراع (كما هي الحال عندما نكون غاضبين من شخص نحبه، أو نخاف من شخص نعتمد عليه،

أو نشتهي شخصًا ما خارج الحدود)، يترتب على ذلك شيء أشبه بلعبة شد الحبل. تدور هذه اللعبة إلى حد كبير في مسرح التجربة الحشوية ـ أمعاؤك، وقلبك، ورئتاك ـ وتقود إلى عدم الراحة الجسدية والبؤس النفسي. سأناقش في الفصل السادس كيفية تفاعل الدماغ والأحشاء خلال الأمان والخطر، وهو أمر أساسي لفهم المظاهر الجسدية العديدة للصدمة.

أود أن أنهي هذا الفصل بفحص عمليتَي مسح أخريين للدماغ توضحان بعض السمات الأساسية لكرب الصدمة؛ إعادة العيش غير المتناهية، وإعادة اختبار الصور، والأصوات، والعواطف، والانفصال.

الدماغان المصدومان لكلٍّ من ستان ويووت

في صباح جميل من شهر سبتمبر ١٩٩٩، انطلق كلٌّ من ستان ويووت لورانس، وهما زوجان مهنيَّان في الأربعينيات من عمرهما، من منزلهما في لندن، أونتاريو، لحضور اجتماع عمل في ديترويت. في منتصف الرحلة، اصطدما بجدار من الضباب الكثيف قلَّل الرؤية إلى الصفر في جزءٍ من الثانية. ضغط ستان بقوة وعلى الفور على المكابح، وتوقَّفت السيارة بالعرض على الطريق السريع، وكادت تصطدم بشاحنة ضخمة. لكن سُرعان ما حلَّقت عربة ذات ثماني عشرة عجلة فوق صندوق سيارتهما؛ اصطدمت الشاحنات والسيارات بهما وبعضها ببعض. الأشخاص الذين نزلوا من سياراتهم تعرضوا للصدم وهم يركضون للنجاة بحياتهم. تواصلت الاصطدامات الصَّامة للآذان، مع كل صدمة من الخلف شعرا بأن هذه هي التي ستقتلهما. كانا محاصرين في السيارة رقم ١٣ من بين ٨٧ سيارة اصطدم بعضها ببعض، وهي أسوأ كارثة طريق في التاريخ الكندي[٦٣].

ثم حلَّ صمتٌ مخيف. عانى ستان لفتح الأبواب والنوافذ، لكن السيارة ذات الثماني عشرة عجلة التي حطَّمت صندوقهما كانت مغروسة في السيارة. فجأة، بدأ شخص يقرع على سطح سيارتهما. كانت فتاة تصرخ:

ـ أخرِجوني من هنا... أنا أحترق!

وبلا حول ولا قوة، رأياها تموت لأن النيران كانت تلتهم سيارتها. لَحِق بذلك، بحسب درايتهما، وقوف سائق شاحنة على غطاء سيارتهما حاملًا مطفأة حريق. حطَّم الزجاج الأمامي لتحريرهما، وتسلَّق ستان من خلال الفتحة. استدار لمساعدة زوجته، ورأى يووت جالسة متجمِّدة في مقعدها. حملها كلٌّ من ستان وسائق الشاحنة وأخذتهما سيارة إسعاف إلى غرفة طوارئ. وبصرف النظر عن بعض الجروح، فقد كانا سالمين جسديًّا.

في المنزل، في تلك الليلة، لم يرغب ستان أو يووت في النوم. شعرا بأنهما إذا نسيا الأمر، فسوف يموتان. كانا سريعَي الغضب، ومتقلِّبين، وعصبيين. في تلك الليلة، وفي ليالٍ كثيرة تالية، شربا كميات وفيرة من النبيذ لتخدير خوفهما. لم يتمكَّنا من إيقاف الصور التي كانت تطاردهما أو الأسئلة التي واصلت طرح نفسها: ماذا لو كانا قد غادرا في وقت أبكر؟ ماذا لو لم يتوقَّفا لتزويد السيارة بالوقود؟ بعد ثلاثة أشهر من الحادث، طلبا المساعدة من الدكتورة روث لانيوس، وهي طبيبة نفسية في جامعة ويسترن أونتاريو.

الدكتورة لانيوس، التي كانت تلميذتي في «مركز الصدمة» قبل بضعة أعوام، أخبرت ستان ويووت أنها تريد تصوير دماغيهما بماسح «التصوير بالرنين المغناطيسي الوظيفي» قبل بدء العلاج. يقيس «التصوير بالرنين المغناطيسي الوظيفي» النشاط العصبي من خلال تتبُّع التغيرات في تدفق الدم في الدماغ، وعلى عكس التصوير المقطعي بالإصدار «البوزيتروني»، فإنه لا يتطلب التعرض للإشعاع. استخدمت الدكتورة لانيوس النوع نفسه من التصوير المحرَّك بالسيناريو الذي استخدمناه في جامعة هارفارد، حيث التقطَت الصور، والأصوات، والروائح، وغيرها من الأحاسيس التي مر بها ستان ويووت عندما كانا محاصرين في السيارة.

خضع ستان للتصوير أولًا، وعلى الفور راودته ذكرى مباغتة ولا إرادية،

تمامًا كما حصل مع مارشا في دراستنا في جامعة هارفارد. خرج من الماسح وهو يتصبَّب عرقًا، ودقات قلبه تتسارع، وضغط دمه يرتفع بقوة. قال:

ـ هذا ما شعرت به في أثناء الحادث. كنت متأكدًا من أني سأموت، وأنه لم يكن هناك ما يمكنني فعله لإنقاذ نفسي.

بدلًا من تذكُّر الحادث كشيء حدث قبل ثلاثة أشهر، كان ستان يعيشه مرة أخرى.

الانفصال وإعادة العيش

الانفصال هو جوهر الصدمة. التجربة الساحقة مقسَّمة ومشظَّاة، بحيث تأخذ المشاعر، والأصوات، والصور، والأفكار، والأحاسيس الجسدية المتعلقة بالصدمة حياة خاصة بها. تتطفَّل الشظايا الحسية من الذاكرة على الحاضر، حيث يُعاد عيشها حرفيًّا. ما دامت الصدمة لم تُحل، فإن هرمونات التوتر التي يفرزها الجسم لحماية نفسه تستمر في الانتشار، وتستمر الحركات الدفاعية والاستجابات العاطفية في إعادة الظهور. على عكس ستان، قد لا يدرك الكثير من الناس العلاقة بين مشاعرهم وردود أفعالهم «المجنونة» والأحداث الصادمة التي تعاود الظهور. ليس لديهم أي فكرة عن سبب استجابتهم لتهيُّج طفيف كما لو كانوا على وشك التعرض للإبادة.

إن الذكريات المباغتة واللاإرادية وإعادة العيش أسوأ من الصدمة نفسها في بعض النواحي. الحدث الصادم له بداية ونهاية، أي ينتهي في لحظة ما. لكن بالنسبة إلى الأشخاص الذين يعانون اضطراب كرب ما بعد الصدمة، يمكن أن تحدث الذكرى المباغتة واللاإرادية في أي وقت، سواء كانوا مستيقظين أو نائمين. لا توجد طريقة لمعرفة متى ستحدث مرة أخرى أو إلى متى ستستمر. غالبًا ما ينظِّم الأشخاص الذين يعانون ذكريات مباغتة ولا إرادية حياتهم حول محاولة حماية أنفسهم منها. قد يذهبون قسريًّا إلى صالة الألعاب الرياضية لرفع الأثقال (لكنهم لا يجدون أنفسهم أقوياء

بما يكفي)، أو يخدِّرون أنفسهم بالأدوية، أو يحاولون تنمية شعور وهمي بالسيطرة في مواقف خَطِرة للغاية (مثل سباق الدراجات النارية، أو القفز بالحبال، أو العمل سائق سيارة إسعاف). إن مكافحة الأخطار غير المرئية باستمرار أمر مرهق ويتركهم مُرهقين، ومُكتئبين، ومتعَبين.

إذا تكرَّر ظهور عناصر الصدمة مرارًا، فإن هرمونات التوتر المصاحبة تنقش تلك الذكريات بعمق أكبر في العقل. تصبح الأحداث اليومية العادية أقل فأقل إقناعًا. انعدام القدرة على الاستيعاب العميق لما يجري من حولهم يجعل من المستحيل عليهم الشعور بأنهم على قيد الحياة بشكل كامل. يصبح من الصعب الشعور بأفراح الحياة العادية وشدائدها، ويصعب التركيز على المهام التي يقوم بها المرء. عدم كونهم على قيد الحياة بشكل كامل في الوقت الحاضر يبقيهم مسجونين بقوة أكبر في الماضي.

تأخذ الاستجابات المستثارة مظاهر مختلفة. قد يتفاعل قدامى المحاربين مع أدنى إشارة ـ مثل الاصطدام بعثرة في الطريق أو رؤية طفل يلعب في الشارع ـ كما لو كانوا في منطقة حرب. يفزعون بسهولة ويهتاجون أو يشعرون بالخدر. قد يقوم ضحايا الاعتداء الجنسي في مرحلة الطفولة بتخدير جنسانيتهم ثم يشعرون بالخزي الشديد إذا أصبحوا متحمِّسين للأحاسيس أو الصور التي تُذكِّرهم بالتحرش الجنسي الذي تعرَّضوا له، حتى عندما تكون هذه الأحاسيس هي اللذات الطبيعية المرتبطة بأجزاء معينة من الجسم. إذا اضطر الناجون من الصدمة إلى مناقشة تجاربهم، فقد يرتفع ضغط الدم لدى شخص ما بينما يستجيب شخص آخر ببدايات صداعٍ نصفي. وقد ينغلق البعض الآخر عاطفيًا ولا يشعر بأي تغيرات واضحة. ومع ذلك، في المختبر يسهل علينا الكشف عن قلوبهم المتسارعة وهرمونات التوتر التي تتماوج في أجسامهم.

هذه التفاعلات غير عقلانية وإلى حد كبير خارج سيطرة الناس. الإلحاحات والمشاعر الحادَّة التي بالكاد يمكن السيطرة عليها تجعل الناس يشعرون بالجنون، وتجعلهم يشعرون بأنهم لا ينتمون إلى الجنس

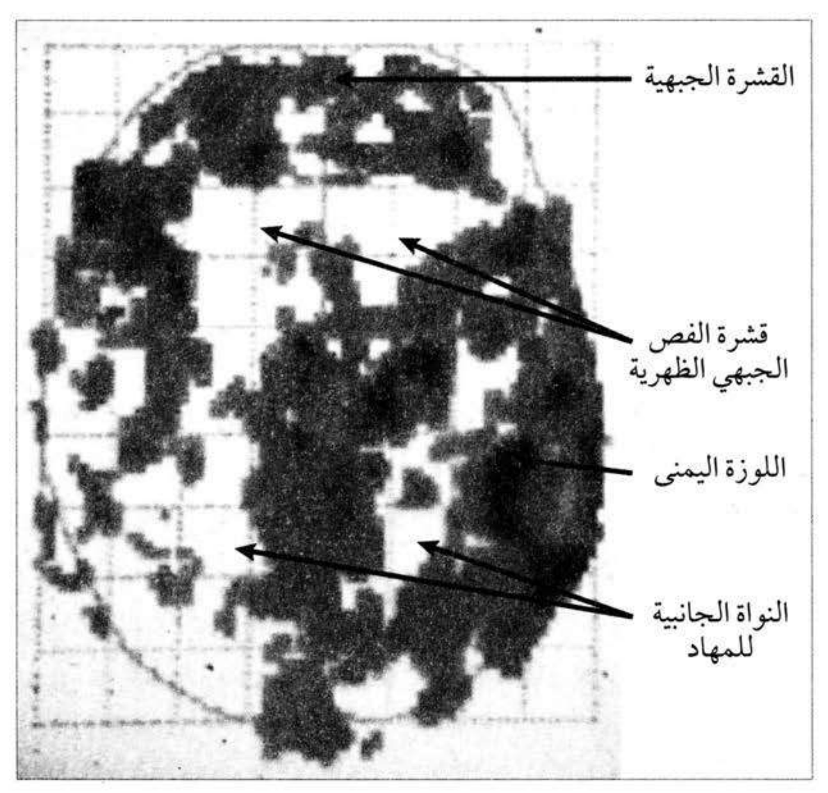
البشري. الشعور بالخدر في أثناء حفلات أعياد ميلاد أطفالهم أو استجابةً لموت أحبائهم يجعل الناس يشعرون وكأنهم وحوش. ونتيجة لذلك، يصبح الخزي هو العاطفة السائدة وإخفاء الحقيقة هو الشغل الشاغل.

نادرًا ما يتعاملون مع حقيقة أن هذه الأحاسيس ترجع أصولها إلى التجارب الصادمة. هنا يأتي العلاج؛ يمكن للمعالجين مساعدة الناس على مراقبة عواطفهم وأحاسيسهم بانتباه، ومساعدتهم على التعامل مع السياق الذي تخرج منه. على كل حال، المحصلة النهائية هي أن نظام تصوُّر التهديد في الدماغ قد تغير، وأن التفاعلات الجسدية للناس تُمليها بصمة الماضي.

الصدمة التي بدأت «هناك» تظهر الآن في ساحة معركة أجسامهم، عادةً من دون اتصال واعٍ بين ما حدث في ذلك الوقت وما يجري الآن في الداخل. لا يكمن التحدي في تعلُّم قبول الأشياء الفظيعة التي حدثت، ولكن في تعلُّم كيفية اكتساب التمكُّن من الأحاسيس والعواطف الداخلية. إن استشعار ما يجري في الداخل، وتسميته، وتحديده هو الخطوة الأولى للتعافي.

كاشف الدخان يعمل بنشاط أكبر من اللازم

تُظهِر عملية مسح دماغ ستان ذكرياته المباغتة واللاإرادية في أثناء عملها. هذا ما تبدو عليه إعادة عيش الصدمة في الدماغ: المنطقة المضاءة بشكل ساطع في الزاوية اليمنى السفلية، والجانب الأيسر السفلي الخاوي، والثقوب الأربعة البيضاء المتماثلة حول المركز. (يمكنك تمييز اللوزة الدماغية المضاءة والدماغ الأيسر المعطَّل من دراسة «هارفارد» التي ناقشتها في الفصل الثالث). لم تُميِّز اللوزة الدماغية عند ستان بين الماضي والحاضر. نُشِّطت تمامًا كما لو كان حادث السيارة يحدث في الماسح الضوئي، ما أثار هرمونات توتر قوية واستجابات للجهاز العصبي. وكانت هذه مسؤولة عن تعرُّقه وارتجافه، وتسارع ضربات قلبه وارتفاع ضغط دمه، استجابات طبيعية تمامًا، ومن المحتمل أن تكون مُنقِذة للحياة إذا اصطدمت شاحنة بسيارتك للتو.



تصوير ذكرى مباغتة ولا إرادية باستخدام «التصوير بالرنين المغناطيسي الوظيفي». لاحِظ مقدار النشاط الذي يظهر على الجانب الأيمن وكيف أنه أكبر من نظيره على الجانب الأيسر.

من المهم أن يكون لديك كاشف دخان فعَّال؛ أنت لا تريد أن تفاجأ بنيران مشتعلة. لكن إذا دخلت في حالة هياج في كل مرة تشم فيها رائحة دخان، يصبح الأمر مزعجًا للغاية. أجل، أنت بحاجة إلى اكتشاف ما إذا كان شخص ما ينزعج منك، لكن إذا كانت اللوزة الدماغية الخاصة بك تعمل بشكل مفرط، فقد تصبح خائفًا بشكل مزمن من أن الناس يكرهونك، أو قد تشعر وكأنهم ينتظرون الإيقاع بك.

انهيار حارس الوقت

أصبح كلٌّ من ستان ويووت مفرطَي الحساسية وسريعَي الانفعال بعد الحادث، ما يشير إلى أن قشرة الفص الجبهي كانت تكافح من أجل الحفاظ على السيطرة في مواجهة التوتر. وقد عجَّلت الذكرى المباغتة واللاإرادية لستان برد فعل أكثر تطرفًا.

المنطقتان البيضاوان الموجودتان في مقدمة الدماغ (في أعلى الصورة) هما القشرة الأمامية الجبهية الظهرية اليمنى والقشرة الأمامية الجبهية الظهرية اليسرى. عندما يُلغى تنشيط هاتين المنطقتين، يفقد الأشخاص إحساسهم بالوقت ويصبحون محاصرين في اللحظة، من دون إحساس بالماضي، أو الحاضر، أو المستقبل(٦٤).

هناك نظامان للدماغ مهمَّان بالنسبة إلى المعالجة العقلية للصدمة؛ النظامان اللذان يتعاملان مع الحدَّة العاطفية والسياق. تُعرَّف الحدَّة العاطفية من خلال منبِّه الدخان، واللوزة الدماغية، وثقلها الموازن، برج المراقبة، وقشرة الفص الجبهي الإنسي. يُحدَّد سياق التجربة ومعناها من خلال النظام الذي يتضمَّن قشرة الفص الجبهي الظهرية والحُصين. تقع قشرة الفص الجبهي الظهرية على الجانب في الدماغ الأمامي، بينما تقع قشرة الفص الجبهي الإنسي في الوسط. تُكرِّس البنى الموجودة على طول خط الوسط في الدماغ للتجربة الداخلية الخاصة بك، بينما تهتم البنى الموجودة على الجانب بعلاقتك مع محيطك.

تخبرنا قشرة الفص الجبهي الظهرية كيف ترتبط تجربتنا الحالية بالماضي وكيف يمكن أن تؤثِّر في المستقبل، يمكنك التفكير فيها على أنها حارس الوقت الخاص بالدماغ. إن معرفة أن كل ما يحدث محدود وسينتهي عاجلًا أم آجلًا تجعل معظم التجارب مقبولة. والعكس صحيح أيضًا؛ تصبح الأوضاع غير محتملة إذا شعرت بأنه لا نهاية لها. يعرف معظمنا من التجارب الشخصية الحزينة أن الأسى الرهيب عادةً ما يكون مصحوبًا بالشعور بأن هذه الحالة

البائسة ستستمر إلى الأبد، وأننا لن نتغلب على خسارتنا أبدًا. الصدمة هي التجربة القصوى لـ«سيستمر هذا إلى الأبد».

تكشف عملية المسح التي تعرض لها ستان عن سبب عدم قدرة الأشخاص على التعافي من الصدمة إلا عندما تكون بنى الدماغ التي عُطِّلت في أثناء التجربة الأصلية ـ وهذا هو سبب تسجيل الحدث في الدماغ كصدمة في المقام الأول ـ متصلة بالكامل. يجب أن يُزار الماضي في أثناء العلاج بينما يكون الناس، من الناحية البيولوجية، متجذِّرين بقوة في الحاضر ويشعرون بالهدوء، والأمان، والارتكاز قدر الإمكان. (تعني كلمة «ارتكاز» أنه يمكنك أن تشعر بمؤخرتك في مقعدك، وترى الضوء قادمًا من النافذة، وتشعر بالشَّدِّ في باطن ساقك، وتسمع الرياح تحرك الشجرة في الخارج). أن تكون راسخًا في الوقت الحاضر في أثناء زيارة الصدمة يفتح إمكانية معرفة عميقة بأن الأحداث الرهيبة تعود إلى الماضي. ولكي يحدث ذلك، يجب أن يكون برج المراقبة، والطباخ، وحارس الوقت في الدماغ متصلين. لن ينجح العلاج ما دام استمرَّ سحب الناس إلى الماضي.

انطفاء المِهَاد

انظر مرة أخرى إلى مسح ذكرى ستان المباغتة واللاإرادية وسوف تتمكن من رؤية ثقبين أبيضين آخرين في النصف السفلي من الدماغ. يظهر هنا المِهَاد الأيمن والأيسر وقد دخلا في حالة خواء في أثناء الذكرى المباغتة واللاإرادية كما حصل في أثناء الصدمة الأصلية. كما قلت سابقًا، يعمل المِهَاد كـ«طباخ»؛ محطة ترحيل تجمع الأحاسيس من الأذنين، والعينين، والجلد وتدمجها في الحساء الذي هو ذاكرتنا السيرذاتية. يوضح انهيار المِهَاد سبب عدم تذكُّر الصدمة في المقام الأول كقصة، سرد له بداية، ووسط، ونهاية، ولكن كبصمات حسية معزولة؛ صور، وأصوات، وأحاسيس جسدية مصحوبة بمشاعر حادَّة، عادةً ما تكون مشاعر رعب وعجز[٦٥].

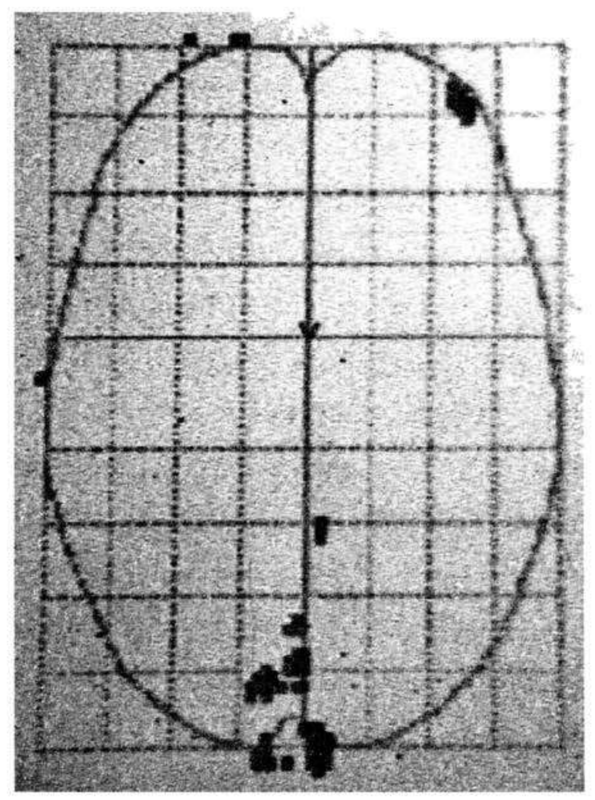
في الظروف العادية يعمل المِهَاد أيضًا كمصفاة أو حارس بوابة. هذا يجعله مكوِّنًا مركزيًّا للانتباه، والتركيز، والتعلُّم الجديد، وكل ذلك يتعرض للخطر بسبب الصدمة. في أثناء جلوسك الآن للقراءة، قد تسمع موسيقى في الخلفية، أو زحمة مرورية، أو تشعر بوجع خفيف في معدتك يخبرك بأن الوقت حان لتناول وجبة خفيفة. إذا كنت قادرًا على الاستمرار في التركيز على هذه الصفحة، فإن مِهَادك يساعدك على التمييز بين المعلومات الحسية ذات الصلة والمعلومات التي يمكنك تجاهلها بأمان. في الفصل التاسع عشر، حول الارتجاع العصبي، سأناقش بعض الاختبارات التي نستخدمها لقياس مدى جودة عمل نظام حراسة البوابة هذا، بالإضافة إلى طرق تقويته.

الأشخاص الذين يعانون اضطراب كرب ما بعد الصدمة لديهم بوابات مفتوحة على مصراعيها. بالنظر إلى افتقارهم إلى مصفاة، فإنهم في حالة حمل حسي زائد. ومن أجل التأقلم، يحاولون إغلاق أنفسهم وتطوير رؤية ضيقة وتركيز مفرط. إذا لم يتمكنوا من الإغلاق بشكل طبيعي، فقد يطوِّعون المخدرات أو الكحول لحجب العالم. المأساة هي أن سعر الإغلاق يشمل تصفية وإبعاد مصادر المتعة والفرح، أيضًا.

تبدُّد الشخصية: الانفصال عن الذات

دعونا الآن نلقِ نظرة على تجربة يووت في الماسح الضوئي. لا يتفاعل جميع الأشخاص مع الصدمة بالطريقة نفسها تمامًا، ولكن في هذه الحالة كان الاختلاف دراميًّا بشكل خاص، بما أن يووت كانت جالسة بجوار ستان في السيارة المحطمة. استجابت لسيناريو الصدمة الخاص بها بالخدر؛ أصبح عقلها خاويًا، وأظهرت كل منطقة من دماغها تقريبًا نشاطًا منخفضًا بشكل ملحوظ. لم يرتفع معدل ضربات قلبها وضغط دمها. عندما سُئلت عما شعرت به في أثناء المسح، أجابت:

ـ شعرت بما شعرت به وقت وقوع الحادث: لم أشعر بشيء.



الخواء (الانفصال) استجابةً لتذكيرك بصدمة سابقة. في هذه الحالة قل نشاط كل منطقة من الدماغ تقريبًا، ما أدى إلى التدخل في التفكير، والتركيز، والتوجيه.

المصطلح الطبي لاستجابة يووت هو تبدُّد الشخصية[٦٦]. أي شخص يتعامل مع الرجال، أو النساء، أو الأطفال المصابين بصدمات يُواجَه عاجلًا أم آجلًا بنظرات فارغة وعقول غائبة، وهو المظهر الخارجي لرد فعل التجميد البيولوجي. تبدُّد الشخصية هو أحد أعراض الانفصال الهائل الناتج عن الصدمة. نجمت ذكريات ستان المباغتة واللاإرادية عن محاولاته الفاشلة للهروب من الحادث، بفعلٍ من الاستثارة التي سبَّبها السيناريو، عادت كل أحاسيسه وعواطفه المنفصلة والمشظاة إلى الحاضر. ولكن

بدلًا من أن تكافح من أجل الهروب، فصلت يووت خوفها عنها ولم تشعر بأي شيء.

أرى تبدُّد الشخصية بانتظام في مكتبي عندما يخبرني المرضى بقصص مروعة بلا أي شعور. تُستنزف كل الطاقة من الغرفة، ويكون عليَّ أن أبذل مجهودًا بطوليًّا لمواصلة الاهتمام. يجبرك المريض الذي يفتقر إلى الحياة على العمل بجدية أكبر كي يستمر العلاج، وغالبًا ما كنت أرجو مضي الساعة بأسرع وقت ممكن.

بعد رؤية فحص يووت، بدأت في اتباع مقاربة مختلفة تمامًا تجاه المرضى الذين تعرضوا للخواء. مع فقدان كل جزء من أدمغتهم تقريبًا للتركيز، لا يستطيعون بوضوح التفكير، أو الشعور بعمق، أو تذكر أو فهم ما يجري. ويكون العلاج التقليدي بالكلام، في تلك الظروف، غير مُجدٍ فعليًّا.

في حالة يووت، كان من الممكن تخمين سبب اختلاف استجابتها عن استجابة ستان. استخدمت استراتيجية النجاة التي تعلمها دماغها في طفولتها للتأقلم مع معاملة والدتها القاسية. توفي والد يووت عندما كانت في التاسعة من عمرها، وبعد ذلك كانت والدتها في كثير من الأحيان بغيضة معها ومهينة لها. اكتشفت يووت في مرحلة ما أنها تستطيع أن تضفي الخواء على عقلها عندما تصرخ والدتها في وجهها. بعد خمسة وثلاثين عامًا، عندما علقت في سيارتها المدمَّرة، دخل دماغ يووت تلقائيًّا في وضع النجاة نفسه، جعلت نفسها تختفي.

التحدي الذي يواجه أشخاصًا مثل يووت يكمن في أن يصبحوا يقظين ومشاركين، وهي مهمة صعبة ولكن لا مفر منها إذا كانوا يريدون استعادة حياتهم. (تعافت يووت، وكتبت كتابًا عن تجربتها وأصدرت مجلة ناجحة عنوانها «لياقة جسدية» (Mental Fitness)). وهذا هو الموضع الذي تصبح فيه مقاربة علاجية من الأسفل إلى الأعلى أمرًا ضروريًّا. الهدف في الواقع هو تغيير فسيولوجيا المريض، علاقته أو علاقتها بالأحاسيس الجسمانية. في

«مركز الصدمة»، نعمل بمقاييس أساسية مثل معدل ضربات القلب وأنماط التنفس. نساعد المرضى على استحضار وملاحظة الأحاسيس الجسمانية من خلال الضغط على أماكن محدَّدة في الجسم(٦٧). التفاعلات الإيقاعية مع الآخرين فعَّالة أيضًا؛ رمي كرة الشاطئ ذهابًا وإيابًا، أو الوثب على كرة «البيلاتيس»، أو قرع الطبول، أو الرقص على الموسيقى.

الشعور بالخدر هو الوجه الآخر للعملة في اضطراب كرب ما بعد الصدمة. يبدأ العديد من الناجين من الصدمات، غير المعالَجين مثل ستان، بذكريات مباغتة ولا إرادية متفجرة، ثم يشعرون بالخدر في وقت لاحق من الحياة. في حين أن إعادة عيش الصدمة تُعدُّ أمرًا مأساويًّا، ومخيفًا، وقد يكون مدمِّرًا للذات، فإنه بمرور الوقت يمكن أن يكون نقص الشعور بأنك تعيش الوقت الحاضر أكثر ضررًا. هذه مشكلة خاصة مع الأطفال المصابين بصدمات. يميل الأطفال الذين يتصرفون بغرابة إلى جذب الانتباه؛ أولئك الذين تملَّك منهم الخواء لا يلفتون نظر أي شخص ويُتركون ليفقدوا مستقبلهم شيئًا فشيئًا.

تعلُّم العيش في الوقت الحاضر

لا يكمن التحدي المتمثل في علاج الصدمة في التعامل مع الماضي فحسب، بل أيضًا في تحسين جودة التجربة اليومية. أحد الأسباب التي تجعل ذكريات الصدمة مهيمنة في اضطراب كرب ما بعد الصدمة هو أنه من الصعب جدًّا أن تشعر بأنك على قيد الحياة حقًّا في الوقت الحالي. عندما لا تكون هنا بشكل كامل، تذهب إلى الأماكن التي شعرت فيها أنك على قيد الحياة، حتى لو كانت تلك الأماكن مليئة بالرعب والبؤس.

تركز العديد من مقاربات علاج الكرب الناجم عن الصدمة على إزالة تحسُّس المرضى تجاه ماضيهم، مع توقُّع بأن إعادة تعرضهم للصدمة سيقلل من الانفعالات العاطفية والذكريات المباغتة واللاإرادية. أعتقد أن

هذا مبني على سوء فهم لما يحدث في الكرب الناجم عن الصدمة. يجب علينا في المقام الأول مساعدة مرضانا على العيش بشكل كامل وآمن في الوقت الحاضر. ومن أجل القيام بذلك، نحتاج إلى المساعدة في إعادة تلك البنى الدماغية التي هجرتهم عندما طغت عليهم الصدمة. قد تجعلك إزالة التحسُّس أقل تفاعلًا، لكن إذا لم تستطِع الشعور بالرضا عن الأشياء اليومية العادية مثل المشي، أو طهي وجبة، أو اللعب مع أطفالك، فسوف تذهب حياتك هباءً.

الفصل الخامس

اتصالات الجسم-المخ

«تدور الحياة حول الإيقاع. نهتزُّ، تضخُّ قلوبنا الدم. إننا آلة إيقاع، هذا ما نحن عليه».

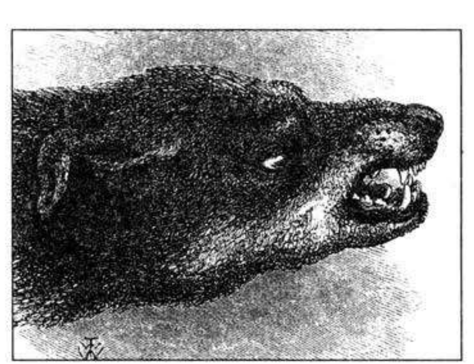
- ميكي هارت

في نهاية مسيرته المهنية، في عام ١٨٧٢، نشر تشارلز داروين كتاب «التعبير عن المشاعر عند الإنسان والحيوان» (*The Expression of the Emotions in Man and Animals*)[٦٨]. حتى وقت قريب ركزت معظم المناقشات العلمية لنظريات داروين على «في أصل الأنواع» (*On the Origin of Species*) (١٨٥٩) و«نسب الإنسان» (*The Descent of Man*) (١٨٧١). لكن تبيَّن أن «التعبير عن المشاعر عند الإنسان والحيوان» استكشاف غير عادي لأسس الحياة العاطفية، استكشاف مليء بالملاحظات والحكايات المستمدة من عقود من التحقيق، بالإضافة إلى قصص شخصية وحساسة لأطفال داروين وحيواناته الأليفة. إنه أيضًا معلم بارز في الرسم التوضيحي للكتب، فهو من أوائل الكتب التي تتضمَّن صورًا على الإطلاق. (كان التصوير الفوتوغرافي لا يزال تقنية جديدة نسبيًّا، ومثل معظم العلماء، أراد داروين الاستفادة من أحدث التقنيات لتوضيح وجهات نظره). لا يزال الكتاب يُطبع حتى اليوم،

وهو متاح بسهولة في إصدار حديث مع مقدمة وتعليقات رائعة بقلم بول إيكمان، وهو رائد حديث في دراسة العواطف.

يستهل داروين مناقشته بالإشارة إلى التنظيم الجسدي المشترك بين جميع الثدييات، بما في ذلك البشر؛ الرئتين، والكلى، والأدمغة، وأعضاء الجهاز الهضمي، والأعضاء الجنسية التي تحافظ على الحياة وتواصلها. على الرغم من أن العديد من العلماء اليوم يتهمونه بـ«نسب الخصائص البشرية إلى الحيوانات»، فإن داروين يقف مع محبي الحيوانات عندما يعلن: «الإنسان والحيوانات العليا... [أيضًا] لديهم غرائز مشتركة. جميعهم لديهم نفس الحواس، والحدس، والإحساس، والأهواء، والمشاعر، والعواطف، حتى الأشكال الأكثر تعقيدًا مثل الغيرة، والشك، والمحاكاة، والامتنان، والشهامة»(٦٩). لاحظ أننا بوصفنا بشرًا نشترك في بعض العلامات الجسدية لمشاعر الحيوانات. لا يمكن فهم الشعور بوقوف الشعر الموجود على مؤخرة عنقك عندما تكون خائفًا أو التكشير عن أنيابك عندما تكون غاضبًا سوى على أنها بقايا عملية تطورية طويلة.





«عندما يهزأ إنسان من آخر أو يزمجر في وجهه، هل تكون زاوية الناب العلوي أو السن العينية مرفوعة على الجانب المواجه للإنسان الذي يخاطبه؟» ـ تشارلز داروين، ١٨٧٢

بالنسبة إلى داروين فإن عواطف الثدييات متجذِّرة بشكل أساسي في البيولوجيا؛ إنها مصدر لا غنى عنه للتحفيز لبدء الفعل. تمنح العواطف

Emotions (من الكلمة اللاتينية *emovere*: أن تتحرَّك) شكلًا واتجاهًا لكل ما نفعله، وتعبيرها الأساسي يكون من خلال عضلات الوجه والجسم. تنقل حركات الوجه والجسد هذه حالتنا العقلية ونياتنا للآخرين: التعبيرات الغاضبة والأوضاع التهديدية تحذِّرهم للتراجع. الحزن يجذب العناية والاهتمام. الخوف يشير إلى العجز أو ينبِّهنا إلى الخطر.

نقرأ غريزيًّا الديناميكية بين شخصين ببساطة من توتُّرهما أو استرخائهما، أوضاعهما ونبرة صوتهما، تعابير وجهيهما المتغيرة. شاهِد فيلمًا بلغة لا تعرفها، وسوف يكون بإمكانك تخمين جودة العلاقة بين الشخصيات. يمكننا في كثير من الأحيان قراءة الثدييات الأخرى (القرود، والكلاب، والخيول) بالطريقة نفسها.

يواصل داروين ملاحظة أن الغرض الأساسي من العواطف هو بدء الحركة التي ستعيد الجهاز العضوي إلى الأمان والتوازن الجسدي. إليكم تعليقه على أصل ما نسمِّيه اليوم اضطراب كرب ما بعد الصدمة:

> تطورت سلوكيات تجنُّب الخطر أو الهروب منه بشكل واضح لجعل كل جهاز عضوي قادرًا على المنافسة عندما يتعلَّق الأمر بالنجاة. لكن سلوك الهروب أو التجنُّب المطوَّل بشكل غير مناسب من شأنه أن يضع الحيوان في وضع غير مُواتٍ لأن الحفاظ على الأنواع بشكل ناجح يتطلَّب التكاثر الذي يعتمد، بدوره، على أنشطة التغذية، والمأوى، والتزاوج، وكلها تبادليات للتجنُّب والهروب[٧٠].

بمعنى آخر، إذا كان الجهاز العضوي عالقًا في وضع النجاة، فإن طاقاته تتركز على محاربة الأعداء غير المرئيين، ما لا يترك مجالًا للتنشئة، والرعاية، والحب. بالنسبة إلينا نحن البشر، فهذا يعني أنه ما دام العقل يدافع عن نفسه ضد الاعتداءات غير المرئية، فإن أقرب روابطنا مهدَّدة،

إلى جانب قدرتنا على التخيل، والتخطيط، واللعب، والتعلُّم، والاهتمام باحتياجات الآخرين.

كتب داروين أيضًا عن اتصالات الجسم-المخ التي ما زلنا نستكشفها اليوم. لا تشمل المشاعر الحادَّة العقل فحسب، بل تشمل أيضًا المعدة والقلب: «يتواصل القلب، والمعدة، والدماغ بشكل وثيق عبر «العصب الرئوي المَعِدِي»، وهو العصب الحاسم الذي يشارك في التعبير عن المشاعر وإدارتها في كلٍّ من البشر والحيوانات. عندما يكون العقل متحمِّسًا بشدة، فإنه يؤثر على الفور في حالة الأحشاء؛ حتى إنه في ظل الإثارة سيكون هناك الكثير من العمل والتفاعل المتبادلين بين هذين العضوين الأكثر أهمية في الجسم»(٧١).

في المرة الأولى التي قابلت فيها هذا المقطع، أعدت قراءته بحماس متزايد. بالطبع، نختبر مشاعرنا الأكثر تدميرًا كمشاعر موجعة للمعدة ومؤلمة للقلب. ما دمنا نسجِّل المشاعر في رؤوسنا بشكل أساسي، يمكننا أن نبقى متحكِّمين إلى حد كبير، لكن الشعور كما لو أن صدرنا يتقوَّض أو كما لو أننا تعرَّضنا للَّكم في المعدة أمر لا يُطاق. سنفعل أي شيء لإزالة هذه الأحاسيس الحشوية الفظيعة، سواء كان ذلك عن طريق التشبُّث بشدة بإنسان آخر، أو جعل أنفسنا غير مدركين عن طريق المخدرات أو الكحول، أو جرح أنفسنا بالسكين لتُستبدل بالمشاعر الغامرة أحاسيس محددة. كم عدد مشكلات الصحة العقلية، من إدمان المخدرات إلى السلوك المضر بالنفس، التي تبدأ كمحاولات للتأقلم مع الألم الجسدي الذي لا يُطاق لعواطفنا؟ إذا كان داروين على حق، فإن الحل يتطلب إيجاد طرق لمساعدة الناس على تغيير المشهد الحسي الداخلي لأجسامهم.

حتى وقت قريب، تُجوهِل هذا الاتصال ثنائي الاتجاه بين الجسم والعقل إلى حد كبير من قِبل العلم الغربي، على الرغم من أنه كان لفترة طويلة مركزيًّا لممارسات الشفاء التقليدية في العديد من الأجزاء الأخرى من العالم، ولا سيما في الهند والصين. واليوم يغيِّر فهمنا للصدمة والتعافي.

إيفان بافلوف وغريزة الهدف

كان العالم الروسي إيفان بافلوف عملاقًا مبكرًا آخر قدم إسهامات كبيرة في فهم آثار الصدمة. في عام ١٩٠٤ حصل على جائزة نوبل لعمله حول «الارتكاس المشروط»، وهي ظاهرة غُطيت في معظم مساقات علم النفس التمهيدية: يبدأ لعاب فمك يسيل عندما تسمع جرس العشاء، ما يشير إلى أن الطعام على وشك تقديمه. ومع ذلك، إذا أصبح رنين الجرس عشوائيًّا، واستمررت في العثور على مقصف فارغ كلما ذهبت لملء طبقك، ستتعلَّم تدريجيًّا تجاهل هذا الجرس، ورنينه لن يُسيل لعابك.

يُعرف فقدان مثل هذه الارتباطات المدرَّبة تلقائيًّا بين الجرس والطعام باسم «الانمحاء». هذا هو حجر الزاوية في «العلاج السلوكي الإدراكي»، حيث يتعرض الأشخاص مرارًا وتكرارًا لإشارات تُذكرهم بصدمات سابقة حتى يُدرك النظام التفسيري في أدمغتهم أنهم، في الواقع، آمنون، وأن كل ما يحدث هو مجرد ضوضاء، أو إحساس، أو صورة لم تعد تشكل تهديدًا.

ما هو أقل شهرة أنه في عام ١٩٢٤ توصل بافلوف إلى اكتشاف علمي مهم آخر يتعلق بالصدمة. تسبب ذوبان الجليد في سانت بطرسبرج خلال ربيع ذلك العام في إغراق نهر «نيفا» لمختبر بافلوف الذي يتخذ من قبوٍ محلًّا له، ما أدى إلى غمر أقفاص كلاب التجارب التي حُوصرت في المياه الجليدية بلا أي وسيلة للهروب. نجت الكلاب، ولكن بعد انحسار المياه استمرت الكلاب في الشعور بالرعب، على الرغم من أنها لم تُصَب بأذى جسدي. نسبة كبيرة منها، على الرغم من أنها سليمة جسديًّا، «انهارت» عاطفيًّا، وسلوكيًّا، وفسيولوجيًّا. استلقى العديد منها بلا حراك، وكانت بالكاد متنبِّهة لما يدور حولها.

فسَّر بافلوف هذا على أنه علامة على رعب مستمر قضى على أي فضول نحو محيطها. نعلم الآن أن الجمود الجسدي وفقدان الفضول من الأمور النموذجية أيضًا لدى الأطفال والبالغين الخائفين المصابين

بصدمات. جلس بعض الكلاب في حالة ارتجاف في زوايا الأقفاص، في حين قامت حيوانات أخرى، كانت مروَّضة في السابق، بالانقضاض بشراسة على مدرِّبيها. مرة أخرى، سلوكيات معروفة اليوم لدى البالغين والأطفال المصابين بصدمات.

أظهر بافلوف أنه بعد التعرُّض لتوتر شديد، تجد الحيوانات توازنًا داخليًّا جديدًا يختلف عن التنظيم السابق للتدبير الداخلي. ظلت الكلاب المصابة بالصدمة تتصرف كما لو كانت في خطر شديد بعد فترة طويلة من انحسار مياه نهر «نيفا». عندما قام بقياس فسيولوجيا الحيوانات وجد ارتفاعًا وهبوطًا ملحوظين في معدلات ضربات القلب استجابة لضغوط طفيفة، علامات على عدم استقرار الجهاز العصبي اللاإرادي، بالإضافة إلى ردود فعل مباغتة بشكل كامل استجابة لتغيرات طفيفة في بيئتها، مثل اقتراب مساعدي المختبرات.

أرجعَ هذه التغيرات الدراماتيكية إلى «وجود دافعين جسديين متضاربين»: في أثناء الفيضان تجمَّدت الكلاب المحبوسة في الأقفاص جسديًّا (حُوصرت في أقفاصها) بينما كانت أجسامها مبرمجة للركض والهروب في مواجهة خطر يُهدِّد حياتها. نتج عن ذلك: «الاصطدام بين العمليتين المتعارضتين: عملية الإثارة وعملية التثبيط اللتين كان من الصعب استيعابهما في وقت واحد... [ما] تسبب في انهيار التوازن»(٧٢). ربما كانت هذه هي المرة الأولى التي يصف فيها أحد العلماء ظاهرة «الصدمة التي لا مفر منها»، وهي حالة جسدية لا يستطيع فيها الجهاز العضوي فعل أي شيء للتأثير في المحتوم. كما رأينا في الفصل الثاني، فإن المواجهة مع حقيقة أنه لا يوجد شيء يمكن للمرء فعله لدرء المحتوم تؤدي إلى «العجز المكتسب»، وهي ظاهرة ضرورية لفهم البشر المصابين بصدمات والمُهَانين ومعالجتهم. بعد كل شيء، قد لا يكون عذاب الكلاب في أقفاصها على طول نهر «نيفا» مختلفًا تمامًا عن الأطفال الذين قُمِعوا على يد آبائهم أو معلِّميهم ولم يكن لديهم مكان

يذهبون إليه، أو النساء المحاصرات في علاقات حميمية عنيفة ويعانين مع دافعين متعارضين؛ دافع الحفاظ على علاقة حب، ودافع الهروب من الألم، والأذى، والخيانة.

لاحظ بافلوف أنه لم تتفاعل كل كلابه مع الفيضان بالطريقة نفسها، فالطِّبع الموجود سابقًا شكَّل الاستجابة. وقد صنَّف كلابه إلى أربعة طِباع أساسية: الإثارة القوية، والحيوية، والهادئة والصَّماء، والميلانكولية. كل نوع يتفاعل بشكل مختلف مع التوتر. البعض لم يعد يستجيب لمقدمي الرعاية وفشل في الاستجابة للأصوات العالية. عانى البعض الآخر «تثبيطًا يتسم بالمفارقة»، حيث أنتجت المحفزات الضعيفة، مثل الأصوات الناعمة، استجابات متطرفة، في حين أن هذا البعض بالكاد تفاعل مع الأصوات التي تزعج معظم الكلاب الأخرى. نرى ردود فعل مماثلة في الأشخاص المصابين بصدمات؛ المرأة التي تعرَّضت للضرب على يد حبيبها في الليلة السابقة قد تغضب مني لتأخري خمس دقائق عن موعدنا، في حين أنها بالكاد ردَّت على وحشية صديقها.

وصف بافلوف رد فعل آخر الذي سماه بالمرحلة «شديدة المفارقة»، حيث أظهرت الحيوانات استجابات إيجابية للمحفزات السلبية، مثل الأصوات العالية أو الجوع، وهو أمر يذكِّرني بمراسلي الحرب الذين يعانون بسبب رؤيتهم موت أصدقائهم، ولكنهم لا يستطيعون انتظار العودة إلى منطقة القتال، لأنها الشيء الوحيد الذي يجعلهم يشعرون بأنهم على قيد الحياة.

إن ملاحظات بافلوف حول ردود فعل كلابه تجاه الفيضان قادته إلى آخر دراسة رئيسية في حياته: حول «ارتكاس الهدف» الذي سماه «أهم عامل في الحياة»[٧٣]. تحتاج جميع الكائنات إلى هدف، فهي تحتاج إلى تنظيم نفسها لتشق طريقها في العالم، مثل إعداد مأوى لفصل الشتاء المقبل، والترتيب للتزاوج، وبناء عش أو منزل، وتعلُّم المهارات لكسب العيش. من بين أكثر

الآثار المدمرة للصدمة أنها تضرُّ في كثير من الأحيان ذلك الارتكاس للهدف. كيف نساعد الناس على استعادة الطاقة للانخراط في الحياة وتطوير أنفسهم على أكمل وجه؟ مثل داروين، أدرك بافلوف أن الإحساس بالهدف يشمل الحركة والعواطف. تدفعنا العواطف إلى العمل؛ المشاعر الإيجابية إلى حالات شهية مثل الطعام والجنس، والمشاعر السلبية إلى الدفاع عن أنفسنا (وذريتنا) وحمايتها. هذا يدعونا إلى التركيز على العواطف والحركات، ليس فقط بوصفها مشكلات يجب إدارتها، ولكن أيضًا بوصفها أصولًا يجب تنظيمها لتعزيز إحساس المرء بالهدف.

نافذة على الجهاز العصبي

جميع العلامات الصغيرة التي نسجِّلها بشكل غريزي في أثناء المحادثة ـ تغيرات وتوترات العضلات في وجه الشخص الآخر، وحركات العينين واتساع حدقتيهما، ونبرة الصوت وسرعته ـ بالإضافة إلى تقلُّبات المشهد الداخلي الخاص بنا ـ إفراز اللعاب، والبلع، والتنفس، ومعدل ضربات القلب ـ مرتبطة بنظام تنظيمي واحد[٧٤]. كلها نتاج التزامن بين فرعَي الجهاز العصبي اللاإرادي؛ الفرع الودِّي، الذي يعمل مسرِّعًا للجسم، واللاودِّي، الذي يعمل بمنزلة مكابح له[٧٥]. هذه هي «التبادليات» التي تحدث عنها داروين، ومن خلال عملها معًا تلعب دورًا مهمًّا في إدارة تدفق الطاقة في الجسم، أحدها يجهِّز لصرف الطاقة، والآخر للحفاظ عليها.

الجهاز العصبي الودِّي مسؤول عن الاستثارة، بما في ذلك استجابة القتال أو الهرب («سلوك الهروب أو التجنُّب» عند داروين). منذ ما يقرب من ألفَي عام أطلق عليه الطبيب الروماني جالينوس اسم «الودِّي» لأنه لاحظ أنه يعمل مع المشاعر (*sympathos*). ينقل الجهاز العصبي الودِّي الدم إلى العضلات للقيام بعمل سريع، جزئيًّا عن طريق قدح الغدد الكظرية لإخراج «الأدرينالين»، ما يسرع من معدل ضربات القلب ويزيد من ضغط الدم.

الفرع الثاني من الجهاز العصبي هو الجهاز العصبي اللاودِّي (المضاد للعواطف) الذي يعزز وظائف الحماية الذاتية مثل الهضم والتئام الجروح. وهو يقدح إطلاق «الأسيتيل كولين» لكبح الاستثارة، وإبطاء ضربات القلب، وإرخاء العضلات، وإعادة التنفس إلى طبيعته. وكما أشار داروين، فإن «أنشطة التغذية، والمأوى، والتزاوج» تعتمد على الجهاز العصبي اللاودِّي.

هناك طريقة بسيطة لتجربة هذين النظامين بنفسك. عندما تأخذ نفسًا عميقًا، تُنشِّط الجهاز العصبي الودِّي. يؤدي اندفاع «الأدرينالين» الناتج إلى تسريع قلبك، وهو ما يفسر سبب أخذ العديد من الرياضيين أنفاسًا قصيرة وعميقة قبل بدء المنافسة. الزفير بدوره ينشِّط الجهاز العصبي اللاودِّي، ما يبطئ القلب. إذا أخذت دروسًا في «اليوجا» أو التأمُّل، فمن المحتمل أن يحثَّك مدربك على إيلاء اهتمام خاص للزفير، لأن الأنفاس العميقة الطويلة تساعد على تهدئتك. بينما نتنفس، نقوم باستمرار بتسريع وإبطاء القلب، ولهذا السبب لا تكون الفترة الفاصلة بين دقتَي قلب متتاليتين نفسها على الإطلاق. يمكن استخدام قياس يسمَّى «معدَّل التغيُّر في ضربات القلب» لاختبار مرونة هذا النظام، والمعدَّل الجيد ـ كلما زاد التقلُّب، كان ذلك أفضل ـ علامة على أن المكابح والمسرِّع في نظام الإثارة لديك يعملان بشكل صحيح ومتوازن. لقد حققنا تقدمًا كبيرًا عندما حصلنا على أداة لقياس معدَّل التغيُّر في ضربات القلب، وسأشرح في الفصل السادس عشر كيف يمكننا استخدام هذا المعدَّل للمساعدة في علاج اضطراب كرب ما بعد الصدمة.

شفرة الحب العصبي[٧٦]

في عام ١٩٩٤ قدم ستيفن بورجيس ـ كان باحثًا في جامعة ميريلاند في الوقت الذي بدأنا فيه بحثنا عن معدَّل التغيُّر في ضربات القلب، ويعمل

حاليًا في جامعة نورث كارولينا ـ «نظرية التعدد المبهمي» التي بنت على ملاحظات داروين وأضافت مائة وأربعين عامًا أخرى من الاكتشافات العلمية إلى تلك الرؤى المبكرة. (يشير التعدد المبهمي إلى الفروع العديدة للعصب المبهم ـ «العصب الرئوي المَعِدِي» عند داروين ـ الذي يربط عديدًا من الأعضاء، بما في ذلك الدماغ والرئتين، والقلب، والمعدة، والأمعاء). زودتنا «نظرية التعدد المبهمي» بفهم أكثر تطورًا لبيولوجيا الأمان والخطر، فهمٍ يقوم على التفاعل الدقيق بين التجارب الحشوية لأجسامنا وأصوات ووجوه الأشخاص حولنا. أوضحت لماذا يمكن لوجهٍ لطيف أو نبرة صوت هادئة أن يغيِّرا بشكل كبير الطريقة التي نشعر بها. أوضحت لماذا يمكن أن تجعلنا معرفة أن الأشخاص المهمين في حياتنا يروننا ويسمعوننا نشعر بالهدوء والأمان، ولماذا يمكن أن يؤدي التجاهل أو النبذ إلى التعجيل بردود الفعل الغاضبة أو الانهيار العقلي. ساعدتنا في فهم لماذا يمكن للتناغم المركَّز مع شخص آخر أن يخرجنا من الحالات غير المنظَّمة والمخيفة[٧٧].

باختصار، جعلتنا نظرية بورجيس ننظر إلى ما وراء آثار القتال أو الهرب ووضع العلاقات الاجتماعية في مقدمة ومركز فهمنا للصدمة. كما اقترحت مقاربات جديدة للشفاء تركز على تقوية نظام الجسم لتنظيم الإثارة.

يتأقلم البشر بشكل مذهل مع التحولات العاطفية الدقيقة في الأشخاص (والحيوانات) حولهم. التغيرات الطفيفة في توتر الحاجبين، والتجاعيد حول العينين، وانحناء الشفتين، وزاوية العنق تشير بسرعة عندنا إلى أي مدى يشعر الشخص بالراحة، أو الشك، أو الاسترخاء، أو الخوف[٧٨]. تسجِّل الخلايا العصبية المرآتية لدينا تجربتها الداخلية، وتُجري أجسامنا تكيفات داخلية تجاه كل ما نلاحظه. هكذا فقط، تعطي عضلات وجوهنا للآخرين إشارات حول مدى شعورنا بالهدوء أو الإثارة، وسواء كانت ضربات قلوبنا متسارعة أو هادئة، وما إذا كنا مستعدين للانقضاض عليهم أو الهروب. عندما تكون

الرسالة التي نتلقاها من شخص آخر هي «أنت بأمان معي»، فإننا نشعر بالراحة. إذا كنا محظوظين في علاقاتنا، نشعر أيضًا بالانتعاش، والدعم، والتجدُّد عندما ننظر إلى وجه وعينَي الآخر.

تعلِّمنا ثقافتنا التركيز على التفرد الشخصي، ولكن على مستوى أعمق، فإننا بالكاد نوجد ككائنات فردية. لقد صُمِّمت أدمغتنا لمساعدتنا على العمل بوصفنا أفراد قبيلة. إننا جزء من تلك القبيلة حتى عندما نكون بمفردنا، سواء كنا نستمع إلى الموسيقى (التي ابتكرها آخرون)، أو نشاهد مباراة لكرة السلة على التلفزيون (تتوتر عضلاتنا بينما يركض اللاعبون ويقفزون)، أو نجهِّز جدول بيانات لاجتماع مبيعات (نتوقَّع ردود فعل رئيسنا في العمل). إن معظم طاقتنا يُخصص للتواصل مع الآخرين.

إذا نظرنا إلى ما وراء قائمة الأعراض المحدَّدة التي تستلزم تشخيصات نفسية رسمية، نجد أن جميع أشكال المعاناة العقلية تقريبًا تنطوي إما على مشكلة في إنشاء علاقات عملية ومُرضية، وإما صعوبات في تنظيم الاستثارة (كما في حالة اعتياد الاهتياج، والانغلاق، والإفراط في الإثارة، أو عدم التنظيم). عادةً ما يكون الأمر مزيجًا من الاثنين. إن التركيز الطبي المعياري على محاولة اكتشاف الدواء المناسب لعلاج «اضطراب» معين يميل إلى تشتيت انتباهنا عن مواجهة كيفية تداخل مشكلاتنا مع أدائنا كأعضاء في قبيلتنا.

السلامة والتبادلية

قبل بضعة أعوام سمعت جيروم كاجان، وهو أستاذ فخري بارز في علم نفس الأطفال بجامعة هارفارد، يقول للدالاي لاما إنه مقابل كل فعل قسوة في هذا العالم، هناك مئات أفعال اللطف والتواصل الصغيرة. كان استنتاجه: «إن كوننا خيرين أكثر منَّا خبيثين لهو على الأرجح سمة حقيقية من سمات جنسنا البشري». ربما تكون القدرة على الشعور بالأمان مع الآخرين هي

أهم جانب من جوانب الصحة العقلية؛ الاتصالات الآمنة أساسية لحياة ذات مغزى ومُرضية. أظهرت العديد من الدراسات حول الاستجابة للكوارث في جميع أنحاء العالم أن الدعم الاجتماعي هو أقوى حماية ضد الوقوع تحت هيمنة التوتر والصدمة.

الدعم الاجتماعي لا يعني مجرَّد الوجود في حضرة الآخرين. المسألة الحاسمة هي التبادلية: أن نُسمَع ونُرى من قِبل من حولنا حقًّا، وأن نشعر بأننا في عقل وقلب شخص آخر. لكي تهدأ فسيولوجيتنا، وتُشفى، وتنمو، نحتاج إلى شعور عميق بالأمان. لا يمكن لأي طبيب كتابة وصفة طبية للصداقة والحب، هذه قدرات معقَّدة تُكسَب بشق الأنفس. لست بحاجة إلى تاريخ من الصدمة لتشعر بالوعي الذاتي وحتى بالذعر في حفلة كل من فيها غرباء، لكن الصدمة يمكن أن تحول العالم بأسره إلى تجمُّع من الغرباء.

يجد العديد من الأشخاص المصابين بصدمات أنفسهم غير متزامنين بشكل مزمن مع مَن حولهم. يجد البعض الراحة في مجموعات يمكنهم فيها إعادة تشغيل تجاربهم في القتال، أو الاغتصاب، أو التعذيب مع آخرين لديهم خلفيات أو تجارب مماثلة. إن التركيز على تاريخ مشترك من الصدمة والوقوع ضحايا يخفِّف من إحساسهم الشديد بالعزلة، ولكن عادةً على حساب الاضطرار إلى إنكار اختلافاتهم الفردية: لا يمكن للأعضاء الانتماء إلا إذا امتثلوا للشفرة المشتركة.

إن عزل المرء نفسه داخل مجموعة من الضحايا محدَّدة بدقة يعزز رؤية الآخرين على أنهم غير ذوي صلة في أحسن الأحوال وخطيرون في أسوأ الأحوال، الأمر الذي يؤدي في النهاية إلى مزيد من الاغتراب. قد توفِّر العصابات، والأحزاب السياسية المتطرفة، والفرق الدينية العزاء، لكنها نادرًا ما تُعزِّز المرونة العقلية اللازمة للانفتاح التام على ما تقدمه الحياة، وبالتالي لا يمكنها تحرير أعضائها من صدماتهم. الأشخاص الذين يؤدون مهامهم

الأساسية بشكل جيد قادرون على قبول الاختلافات الفردية والاعتراف بإنسانية الآخرين.

في العقدين الماضيين، أصبح من المعترف به على نطاق واسع أنه عندما يكون البالغون أو الأطفال غير مستقرين أو مُنغلقين بشدة بحيث لا يمكنهم الحصول على الراحة من البشر، يمكن أن تساعدهم العلاقات مع الثدييات الأخرى على ذلك. تُقدم الكلاب، والخيول، وحتى الدلافين رفقة أقل تعقيدًا مع توفير الإحساس الضروري بالأمان. تُستخدم الكلاب والخيول، على وجه الخصوص، الآن على نطاق واسع لعلاج بعض مجموعات مرضى الصدمة[٧٩].

ثلاثة مستويات من الأمان

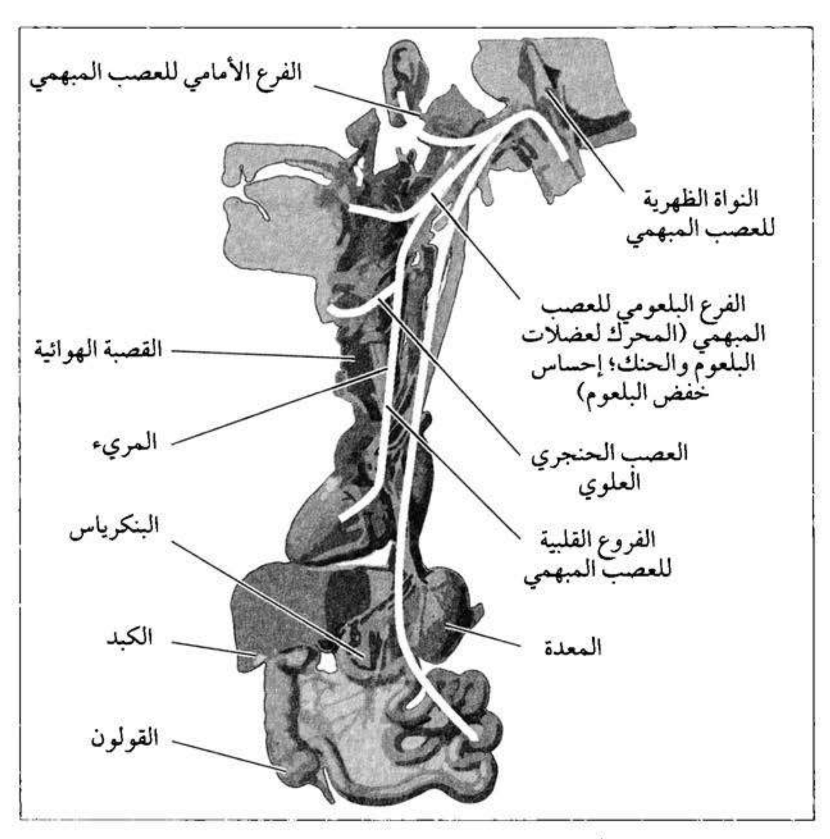
بعد الصدمة يُختبَر العالم بجهازٍ عصبي مختلف لديه تصوُّر مُغيَّر للمخاطرة والأمان. صاغ بورجيس كلمة «الحس العصبي» لوصف القدرة على تقييم الخطر والأمان النسبيين في بيئة المرء. عندما نحاول مساعدة الأشخاص الذين يعانون خللًا في الحس العصبي، فإن التحدي الأكبر يكمن في إيجاد طرق لإعادة ضبط فسيولوجيتهم، بحيث تتوقَّف آليات النجاة عن العمل ضدهم. وهذا يعني مساعدتهم على الاستجابة بشكل مناسب للخطر، ولكن، وبشكل أكبر، استعادة القدرة على اختبار الأمان، والاسترخاء، والتبادلية الحقيقية.

استجوبتُ وعالجتُ بشكل مكثَّف ستة أشخاص نجوا من تحطُّم طائرة. أفاد اثنان أنهما فقدا وعيهما في أثناء الحادث؛ على الرغم من أنهما لم يصابا بأذى جسدي، فقد انهارا عقليًّا. أصيب اثنان بالذعر وظلَّا محمومين حتى بعد أن بدأنا العلاج بفترة معتبرة. ظل اثنان منهم هادئين وواسعَي الحيلة وساعدا في إجلاء الركاب الآخرين من الحطام المحترق. وجدت نطاقًا مشابهًا من الاستجابات لدى الناجيات من الاغتصاب، والناجين من

حوادث السيارات، والتعذيب. في الفصل السابق رأينا ردود الفعل المختلفة بشكل راديكالي لستان ويووت عندما أعادا عيش كارثة الطريق السريع التي مرَّا بها جنبًا إلى جنب. ما الذي يفسر هذا الطيف من الاستجابات؛ استجابة مُرتكزة، أم منهارة، أم محمومة؟

تقدم نظرية بورجيس تفسيرًا؛ ينظِّم الجهاز العصبي اللاإرادي ثلاث حالات فسيولوجية أساسية. يحدِّد مستوى الأمان أيًّا منها يُنشَّط في أي وقت. عندما نشعر بالتهديد، ننتقل غريزيًّا إلى المستوى الأول، المشاركة الاجتماعية. نطلب المساعدة، والدعم، والراحة ممن هم حولنا. لكن إذا لم يأتِ أحد لمساعدتنا، أو إذا كنا في خطر مباشر، فإن الجهاز العضوي يعود إلى طريقة أكثر بدائية للنجاة؛ القتال أو الهرب. نقاتل مهاجمنا، أو نركض إلى مكان آمن. ومع ذلك، إذا فشل هذا ـ لا يمكننا الهروب، فنحن مقيَّدون أو محاصرون ـ يحاول الجهاز العضوي الحفاظ على نفسه عن طريق الإغلاق وإنفاق أقل قدر ممكن من الطاقة. وحينها نكون في حالة تجمُّد أو انهيار.

هذا هو الموضع الذي يأتي فيه العصب المبهمي متعدِّد الفروع، وسأصف تشريحه بإيجاز لأنه أساسي لفهم كيفية تعامل الناس مع الصدمة. يعتمد نظام المشاركة الاجتماعية على الأعصاب التي يعود أصلها إلى المراكز التنظيمية لجذع الدماغ، وبشكل أساسي العصب المبهمي ـ المعروف أيضًا باسم العصب القِحفي العاشر ـ جنبًا إلى جنب مع الأعصاب المجاورة التي تنشِّط عضلات الوجه، أو الحلق، أو الأذن الوسطى، أو صندوق الصوت، أو الحنجرة. عندما يدير «المجمع المبهمي البطني» العرض، نبتسم عندما يبتسم الآخرون لنا، ونومئ برؤوسنا عندما نتفق، ونشعر بالعبوس عندما يخبرنا أصدقاؤنا عن مصائبهم. عندما ينخرط «المجمع المبهمي البطني»، فإنه يرسل أيضًا إشارات إلى القلب والرئتين، ما يؤدي إلى إبطاء معدل ضربات القلب وزيادة عمق التنفس. ونتيجة لذلك، نشعر بالهدوء والاسترخاء، أو التركيز، أو الإثارة بسرور.

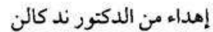


العصب المبهمي متعدِّد الفروع. يسجل العصب المبهمي (الذي سماه داروين «العصب الرئوي المَعِدِي») المشاعر المؤلمة للقلب والموجعة للأمعاء. عندما ينزعج الشخص، يجف الحلق، ويصبح الصوت متوترًا، وتزداد سرعة نبضات القلب، ويصبح التنفس سريعًا وسطحيًا.

يؤدي أي تهديد لسلامتنا أو اتصالاتنا الاجتماعية إلى قدح تغيرات في المناطق التي يغذِّيها «المجمع المبهمي البطني». عندما يحدث شيء مؤلم، فإننا نشير تلقائيًا إلى انزعاجنا من تعابير وجهنا ونبرة صوتنا، تغيرات تهدف إلى حثِّ الآخرين على تقديم المساعدة[٨٠]. ومع ذلك، إذا لم يستجِب أحد لندائنا للمساعدة، فإن التهديد يزداد، ويقفز الدماغ

الحُوفي الأقدم. يتولى الجهاز العصبي الودِّي زمام الأمور، ويحشد العضلات، والقلب والرئتين، للقتال أو الهرب[٨١]. يصبح صوتنا أسرع وأكثر حدَّة ويبدأ قلبنا في الضَّخ بشكل أسرع. إذا كانت هناك كلبة في الغرفة، فإنها ستثور وتزمجر، لأنها تستطيع شم رائحة تنشيط الغدد العَرَقية لدينا.

أخيرًا، إذا لم يكن هناك مخرج، ولم يكن هناك ما يمكننا فعله لدرء المحتوم، فسنقوم بتنشيط نظام الطوارئ النهائي: المجمع المبهمي الظهري. يصل هذا النظام إلى أسفل الحجاب الحاجز وحتى المعدة، والكلى، والأمعاء ويقلِّل بشكل كبير من عملية التمثيل الغذائي في جميع أنحاء الجسم. ينخفض معدل ضربات القلب (نشعر بأن قلبنا «يسقط»)، ولا يمكننا التنفس، وتتوقف معدتنا عن العمل أو تُفرِّغ (حرفيًّا «نخاف إلى حد التغوُّط»). هذه هي النقطة التي ننسلخ، وننهار، ونتجمَّد عندها.


إهداء من الدكتور ند كالن



ثلاث استجابات للتهديد.

١. نظام المشاركة الاجتماعية: قرد فَزِع يشير إلى الخطر ويطلب المساعدة. المجمع المبهمي البطني.

٢. القتال أو الهرب: التكشير عن الأنياب، وجه الاهتياج والرعب. الجهاز العصبي الودِّي.

٣. الانهيار: يشير الجسم إلى الهزيمة وينسحب. المجمع المبهمي الظهري.

القتال أو الهرب مقابل الانهيار

كما رأينا في عمليات مسح الدماغ الخاصة بستان وبووت، لا يُعبرَّ عن الصدمة على أنها قتال أو هرب فحسب، بل يُعبرَّ عنها أيضًا على أنها توقُّف وفشل في الانخراط في الحاضر. يُضمَّن مستوى مختلف من نشاط الدماغ لكل استجابة: نظام القتال أو الهرب عند الثدييات، وهو نظام وقائي ويمنعنا من الانغلاق، والدماغ الزواحفي، الذي ينتج استجابة الانهيار. يمكنك أن ترى الفرق بين هذين النظامين في أي متجر حيوانات أليفة كبير. تلعب القطط، والجراء، والفئران، والجرابيع باستمرار، وعندما تكون متعبة، تتجمَّع معًا، الجلد ملتصق بالجلد، في كومة. في المقابل، ترقد الثعابين والسحالي بلا حراك في زوايا أقفاصها، ولا تستجيب للبيئة المحيطة[٨٢]. هذا النوع من التجميد، الناتج عن الدماغ الزواحفي، يميز العديد من الأشخاص المصابين بصدمات على نحو مزمن، على عكس ذعر واهتياج الثدييات الذي يجعل الناجين حديثًا من الصدمات خائفين ومخيفين.

يعرف الجميع تقريبًا كيف تبدو الاستجابة المثالية للقتال/ الهرب المتمثلة في غضب الشارع؛ تهديد مفاجئ يعجِّل بدافع حاد للتحرك والهجوم. يوقف الخطر نظام المشاركة الاجتماعية لدينا، ويقلِّل من استجابتنا للصوت البشري، ويزيد من حساسيتنا للأصوات المهدِّدة. ومع ذلك، فإن الذعر والاهتياج بالنسبة إلى كثير من الناس أفضل من العكس؛ الانغلاق والموت تجاه العالم. تنشيط وضع القتال/ الهرب على الأقل يجعلهم يشعرون بالنشاط. هذا هو السبب في أن الكثير من الأشخاص الذين تعرضوا لسوء المعاملة والصدمة يشعرون بأنهم على قيد الحياة تمامًا في مواجهة الخطر الفعلي، في حين أنهم يشعرون بالخدر في المواقف الأكثر تعقيدًا ولكن الآمنة من الناحية الموضوعية، مثل حفلات أعياد الميلاد أو وجبات العشاء العائلية.

عندما لا يتعامل القتال أو الركض مع التهديد، نقوم بتنشيط الملاذ الأخير؛ الدماغ الزواحفي، نظام الطوارئ النهائي. من المرجح أن ينخرط

هذا النظام عندما نكون غير قادرين على الحركة جسديًا، كما هي الحال عندما يحاصرنا أحد المهاجمين أو عندما لا يتمكَّن الطفل من الهروب من مقدم رعايةٍ مرعب. يُتحَكَّم في الانهيار والانسلاخ بواسطة «المجمع المبهمي الظهري»، وهو جزء تطوري قديم من الجهاز العصبي اللاوديّ مرتبط بأعراض الجهاز الهضمي مثل الإسهال والغثيان. كما أنه يبطئ نبضات القلب ويحفِّز التنفس السطحي. بمجرد أن يتولى هذا النظام المسؤولية، تتضاءل أهمية الأشخاص الآخرين، وكذلك أهميتنا. يُغلَق الوعي، وقد لا نسجِّل حتى الألم الجسدي.

كيف نصبح بشرًا

في نظرية بورجيس الكبرى تطوَّر «المجمع المبهمي البطني» في الثدييات لدعم حياة اجتماعية متزايدة التعقيد. تتَّحد جميع الثدييات، بما في ذلك البشر، معًا للتزاوج، وتربية صغارها، والدفاع ضد الأعداء المشتركين، وتنسيق الصيد والحصول على الطعام. كلما زادت كفاءة «المجمع المبهمي البطني» في مزامنة نشاط الجهاز العصبي الوديّ واللاوديّ كانت فسيولوجيا كل فرد متوافقة بشكل أفضل مع فسيولوجيا أعضاء القبيلة الآخرين.

إن التفكير في «المجمع المبهمي البطني» بهذه الطريقة يوضِّح كيف يساعد الآباء بشكل طبيعي أطفالهم على تنظيم أنفسهم. الأطفال حديثو الولادة ليسوا اجتماعيين للغاية؛ ينامون معظم الوقت ويستيقظون عندما يكونون جائعين أو مبتلِّين. بعد إطعامهم قد يقضون بعض الوقت في النظر حولهم، أو في الأنين، أو التحديق، لكنهم سُرعان ما ينامون مرة أخرى، متَّبعين إيقاعاتهم الداخلية. في ذلك الوقت المبكر من حياتهم يكونون إلى حد كبير تحت رحمة نوبات المد والجزر المتغيرة للجهاز العصبي الوديّ واللاوديّ، ويدير دماغهم الزواحفي معظم العرض.

لكن يومًا بعد آخر، بينما نُناغيهم ونبتسم لهم ونداعبهم، نحفِّز نمو التزامن

في «المجمع المبهمي البطني» النامي. تساعد هذه التفاعلات على جعل أنظمة الإثارة العاطفية لدى أطفالنا متزامنة مع محيطهم. يتحكَّم «المجمع المبهمي البطني» في المص، والبلع، وتعبيرات الوجه، والأصوات التي تصدرها الحنجرة. عندما تُحفَّز هذه الوظائف عند الرضيع، فإنها تكون مصحوبة بشعورٍ بالمتعة والأمان، ما يساعد على وضع الأساس للسلوك الاجتماعي المستقبلي بأكمله[٨٣]. كما علَّمني صديقي إد ترونيك منذ فترة طويلة، الدماغ عضو ثقافي؛ الخبرة تُشكِّل الدماغ.

يُعدُّ الانسجام مع الأعضاء الآخرين من جنسنا عبر «المجمع المبهمي البطني» أمرًا مجزيًا للغاية. ما يبدأ في صورة اللعب المتآلف للأم والطفل يتواصل في صورة إيقاعية لعبة كرة سلة جيدة، وتزامنية رقص التانجو، وتناغم الغناء الكورالي أو عزف مقطوعة من الجاز أو الموسيقى الكلاسيكية ـ كل ذلك يعزز إحساسًا عميقًا باللذة والتواصل.

يمكننا التحدث عن الصدمة عندما يفشل ذلك النظام: عندما تتوسَّل من أجل حياتك، ولكن المعتدي يتجاهل مناشداتك. عندما تكون طفلًا مرعوبًا مستلقيًا في الفراش، تسمع أمَّك تصرخ بينما يضربها حبيبها. عندما ترى صديقك محاصرًا تحت قطعة معدنية لست قويًّا بما يكفي لرفعها. عندما تريد إبعاد الكاهن الذي يسيء إليك، لكنك تخشى أن تُعاقَب. ففقدان القدرة على الحركة هو السبب الجذري لمعظم الصدمات. عندما يحدث ذلك، من المرجح أن يتولى «المجمع المبهمي الظهري» المسؤولية: يتباطأ قلبك، ويصبح تنفسك ضحلًا، ومثل «الميت الحي»، تفقد التواصل مع نفسك ومحيطك. تنسلخ، وتفقد الوعي، وتنهار.

الدفاع أم الاسترخاء؟

ساعدني ستيف بورجيس على إدراك أن الحالة الطبيعية للثدييات تتمثل في أن يكونوا على أهبة الاستعداد إلى حد ما. ومع ذلك، من أجل الشعور

بأننا قريبون عاطفيًا من إنسان آخر، يجب أن ينغلق نظامنا الدفاعي مؤقتًا. من أجل اللعب، والتزاوج، ورعاية صغارنا، يحتاج الدماغ إلى إيقاف يقظته الطبيعية.

كثير من الأفراد المصابين بصدمات شديدو اليقظة إلى درجة عدم قدرتهم على الاستمتاع بالملذات العادية التي تقدمها الحياة، بينما يكون آخرون مخدَّرين إلى درجة عدم القدرة على استيعاب تجارب جديدة، أو عدم القدرة على التيقُّظ لعلامات الخطر الحقيقي. عندما تتعطَّل أجهزة كشف الدخان في الدماغ، يتوقف الناس عن الركض عندما ينبغي لهم محاولة الهروب، أو المقاومة عندما ينبغي لهم الدفاع عن أنفسهم. أظهرت دراسة «تجارب الطفولة السلبية» البارزة، والتي سأناقشها بمزيد من التفصيل في الفصل التاسع، أن النساء اللائي لديهن تاريخ مبكر من سوء المعاملة والإهمال أكثر عرضة سبع مرات للاغتصاب في مرحلة البلوغ. النساء اللائي شهدن، وهن أطفال، تعرُّض أمهاتهن للاعتداء على أيدي شركائهن، تزداد فرصهن بشكل كبير في الوقوع ضحايا للعنف المنزلي[٨٤].

يشعر الكثير من الناس بالأمان ما داموا يستطيعون تقييد اتصالهم الاجتماعي بالمحادثات السطحية، لكن الاتصال الجسدي الفعلي يمكن أن يقدح ردود فعل حادة. ومع ذلك، كما يشير بورجيس، فإن تحقيق أي نوع من الحميمية العميقة ـ العناق الوثيق، والنوم إلى جانب رفيق، والجنس ـ يتطلَّب سماح المرء لنفسه بتجربة فقدان القدرة على الحركة بلا خوف[٨٥]. من الصعب بشكل خاص على الأشخاص المصابين بصدمة أن يُميِّزوا عندما يكونون آمنين بالفعل وأن يكونوا قادرين على تنشيط دفاعاتهم عندما يكونون في خطر. يتطلَّب ذلك امتلاك خبرات يمكنها استعادة الشعور بالأمان الجسدي، وهو موضوع سنعود إليه عدة مرات في الفصول التالية.

مقاربات علاجية جديدة

إذا فهمنا أن الأطفال والبالغين المصابين بصدمات يعلقون في القتال/ الهرب أو الإغلاق المزمن، فكيف نساعدهم على تعطيل هذه المناورات الدفاعية التي كانت تضمن نجاتهم في يوم من الأيام؟

يعرف بعض الموهوبين الذين يعملون مع الناجين من الصدمات كيفية القيام بذلك بشكل حدسي. اعتاد ستيف جروس إدارة برنامج اللعب في «مركز الصدمة». غالبًا ما كان ستيف يتجوَّل في العيادة مع كرة شاطئ ذات ألوان زاهية، وعندما يرى أطفالًا غاضبين أو متجمِّدين في غرفة الانتظار، يبتسم لهم ابتسامة كبيرة. نادرًا ما استجاب الأطفال. ثم، بعد ذلك بقليل، يعود ويُسقِط كرته «بالخطأ» بالقرب من مكان جلوس الطفل. عندما ينحني ستيف لالتقاطها، يدفعها برفق نحو الطفل، الذي عادةً ما يعطي دفعة فاترة في المقابل. تدريجيًّا، يتبادل ستيف الكرة ذهابًا وإيابًا مع الطفل، وسريعًا تُرى الابتسامات على كلا الوجهين.

من الحركات البسيطة والمتناغمة إيقاعيًّا، أنشأ ستيف مكانًا صغيرًا وآمنًا يمكن أن يبدأ فيه نظام المشاركة الاجتماعية في الظهور من جديد. بالطريقة نفسها، قد يستفيد الأشخاص المصابون بصدمات شديدة من مجرَّد المساعدة في ترتيب الكراسي قبل اجتماع لهم أو الانضمام إلى آخرين من أجل خلق إيقاع موسيقي على الكراسي أكثر من الجلوس على الكراسي نفسها ومناقشة إخفاقات حياتهم.

هناك شيء واحد مؤكد؛ الصراخ في وجه شخص خارج عن السيطرة بالفعل يمكن أن يؤدي فقط إلى مزيد من عدم التنظيم. تمامًا كما ينكمش كلبك مرتعدًا إذا صرخت ويهز ذيله عندما تتحدث بصوت عالٍ، فإننا نحن البشر نستجيب للأصوات القاسية بالخوف، أو الغضب، أو الانغلاق ونستجيب للنغمات المرحة بالانفتاح والاسترخاء. لا يسعنا إلا أن نستجيب لمؤشرات السلامة أو الخطر هذه.

للأسف، يميل نظامنا التعليمي، بالإضافة إلى العديد من الأساليب التي تدَّعي علاج الصدمة، إلى تجاوز نظام المشاركة العاطفية والتركيز بدلًا من ذلك على توظيف القدرات الإدراكية للعقل. على الرغم من الآثار الموثَّقة جيدًا للغضب، والخوف، والقلق على القدرة على التفكير، تستمر العديد من البرامج في تجاهل الحاجة إلى إشراك نظام الأمان في الدماغ قبل محاولة تعزيز طرق التفكير الجديدة. آخر الأشياء التي يجب حذفها من جداول المدرسة هي الجوقة، والتربية البدنية، والفُسحة، وأي شيء آخر يتضمَّن الحركة، واللعب، والمشاركة الممتعة. عندما يكون الأطفال معارضين، أو دفاعيين، أو مخدَّرين، أو غاضبين، فمن المهم أيضًا أن ندرك أن مثل هذا «السلوك السيئ» قد يُكرِّر أنماط التصرف التي جرى إنشاؤها للنجاة من التهديدات الخطيرة، حتى لو كانت شديدة الإزعاج أو التنفير.

كان لعمل بورجيس تأثير عميق في كيفية تنظيمي أنا وزملائي في «مركز الصدمة» لعلاج الأطفال الذين تعرضوا للإيذاء والبالغين المصابين بصدمات. صحيح أننا ربما كنا لنطوِّر برنامج «يوجا» علاجيًّا للنساء في مرحلة ما، بالنظر إلى أن «اليوجا» أثبتت نجاحها في مساعدتهن على الهدوء والتواصل مع أجسادهن المنسلخة عنهن. كان من المحتمل أيضًا أن نجرِّب برنامجًا مسرحيًّا في مدارس مدينة بوسطن الداخلية، مع برنامج كاراتيه للناجيات من الاغتصاب يُسمى الدفاع عن النفس القائم على محاكاة الاعتداء (نموذج السرقة)، ومع تقنيات لعب وأساليب جسدية مثل التحفيز الحسي الذي يستخدم الآن مع الناجين حول العالم. (سيُستكشف كل هذا وأكثر في الجزء الخامس).

لكن «نظرية التعدد المبهمي» ساعدتنا على فهم وشرح سبب نجاح كل هذه الأساليب المتباينة وغير التقليدية بشكل جيد. لقد مكنتنا من أن نصبح أكثر وعيًا بالجمع بين الأساليب التنازلية (لتفعيل المشاركة الاجتماعية) والأساليب التصاعدية (لتهدئة التوترات الجسدية في الجسم). كنا أكثر انفتاحًا على قيمة المقاربات القديمة غير الدوائية للصحة التي مورست

منذ فترة طويلة خارج الطب الغربي، بدءًا من تمارين التنفس (براناياما) والإنشاد وفنون الدفاع عن النفس مثل كيجونج وحتى الطبل والغناء والرقص الجماعي. تعتمد جميعها على الإيقاعات بين الأشخاص، والوعي الحشوي، والتواصل الصوتي والوجهي، ما يساعد على إخراج الناس من حالات القتال/ الهرب، وإعادة تنظيم تصوُّرهم للخطر، وزيادة قدرتهم على إدارة العلاقات.

الجسم يتذكر كل شيء[٨٦]: إذا كانت ذاكرة الصدمة مشفرة في الأحشاء، في المشاعر المفجعة للقلب والمؤلمة للأمعاء، في اضطرابات المناعة الذاتية ومشكلات الهيكل العظمي/ العضلي، وإذا كان العقل/ الدماغ/ التواصل الحشوي هو الطريق المَلكي لتنظيم المشاعر، فإن هذا يتطلب تحولًا راديكاليًا في افتراضاتنا العلاجية.

الفصل السادس

أن تفقد جسمك، أن تفقد نفسك

«تحلَّ بالصبر تجاه كل ما لم يُحَل في قلبك وحاوِل أن تحب الأسئلة نفسها... عِش الأسئلة الآن. وربما تعيش تدريجيًّا، من دون أن تلاحظ، في الإجابة يومًا ما».

- راينر ماريا ريلكه، «رسائل إلى شاعر شاب»

دخلت شيري إلى مكتبي منسدلة الكتفين، يكاد ذقنها يلامس صدرها. حتى قبل أن ننبس بكلمة، كان جسمها يخبرني بأنها تخشى مواجهة العالم. كما أني لاحظت أن كُميها الطويلين يغطيان جزئيًّا آثار الجروح الموجودة على ساعديها. بعد الجلوس، أخبرتني بنبرة رتيبة عالية أنها لا تستطيع أن تمنع نفسها من شدِّ جلد ذراعيها وصدرها حتى تنزف.

بقدر ما تتذكَّر شيري، كانت والدتها تدير دارًا للحضانة، وغالبًا ما كان منزلهم مليئًا بما يصل إلى خمسة عشر طفلًا غريبًا، ومزعجًا، وخائفًا، ومخيفًا اختفوا فجأة بمجرد وصولهم. نشأت شيري على رعاية هؤلاء الأطفال العابرين، وشعرت بأنه لا يوجد مكان لها ولا لاحتياجاتها. قالت لي:

ـ أعرف أنه لم يكن مرغوبًا فيَّ. لستُ متأكدة متى كانت أول مرة أدركت فيها ذلك، لكني فكرت في الأشياء التي كانت والدتي تقولها لي، وكانت

العلامات موجودة دائمًا. كانت تقول لي: «كما تعلمين، لا أعتقد أنك تنتمين إلى هذه العائلة. أعتقد أنهم أعطونا الطفلة الخطأ». وكانت تقول ذلك بابتسامة على وجهها. لكن، بالطبع، غالبًا ما يتظاهر الناس بأنهم يمزحون عندما يقولون شيئًا جادًّا.

على مر الأعوام، وجد فريق البحث الخاص بنا مرارًا وتكرارًا أن الإساءة العاطفية والإهمال المزمنين يمكن أن يكونا مدمِّرين تمامًا مثل الاعتداء الجسدي والتحرش الجنسي[٨٧]. تبيَّن أن شيري كانت مثالًا حيًّا على هذه النتائج؛ ألا تُرى، وألا تُعرَف، وألا يكون ثمة مكان تلجأ إليه لتشعر بالأمان لَهو أمر مدمِّر في أي عمر، ولكنه مدمِّر بشكل خاص للأطفال الصغار، الذين ما زالوا يحاولون العثور على مكان في العالم.

تخرَّجت شيري في الكلية، لكنها تعمل الآن في وظيفة مكتبية كئيبة، وتعيش بمفردها مع قططها، وليس لديها أصدقاء مقربون. عندما سألتها عن الرجال، أخبرتني أن «علاقتها» الوحيدة كانت مع رجل اختطفها بينما كانت في إجازة جامعية في مدينة نيو أورلينز. احتجزها واغتصبها بشكل متكرر لخمسة أيام متتالية. كما تتذكر، كانت في حالة تكوُّم، وذعر، وتجمُّد معظم ذلك الوقت، حتى أدركت أنها يمكن أن تحاول الهرب. هربت ببساطة عندما غادرت المكان بينما كان هو في الحمام. عندما اتصلَت بوالدتها للحصول على المساعدة، رفضت والدتها الرد على المكالمة. تمكَّنت شيري أخيرًا من العودة إلى المنزل بمساعدة ملجأ للعنف المنزلي.

أخبرتني شيري أنها بدأت في شدِّ جلدها لأن ذلك منحها شيئًا من الراحة من الشعور بالخدر. جعلتها الأحاسيس الجسدية تشعر بأنها أكثر حياة، ولكنها أيضًا جعلتها تشعر بخزي عميق، كانت تعرف أنها مدمنة على هذه الأفعال لكنها لم تستطِع إيقافها. استشارت العديد من المتخصصين في الصحة العقلية قبلي واستُجوِبَت مرارًا وتكرارًا حول «سلوكها الانتحاري». تعرَّضت أيضًا لدخول المستشفى قسريًّا على يد طبيب نفسي رفض علاجها إلا إذا وعدت

بأنها لن تشدَّ جلدها مرة أخرى. ومع ذلك، من واقع خبرتي، فإن المرضى الذين يجرحون أنفسهم أو يشدُّون جلدهم مثل شيري، نادرًا ما تكون لديهم ميول انتحارية، ولكنهم يحاولون تحسين شعورهم بالطريقة الوحيدة التي يعرفونها.

هذه فكرة من الصعب على كثير من الناس فهمها. كما ناقشت في الفصل السابق، الاستجابة الأكثر شيوعًا للضيق هي البحث عن الأشخاص الذين نحبهم ونثق بهم لمساعدتنا ومنحنا الشجاعة للمضي قدمًا. قد نهدأ أيضًا من خلال الانخراط في نشاط بدني مثل ركوب الدراجات أو الذهاب إلى صالة الألعاب الرياضية. نبدأ في تعلُّم هذه الطرق لتنظيم مشاعرنا منذ اللحظة الأولى التي يطعمنا فيها شخص ما عندما نشعر بالجوع، أو يغطينا عندما نشعر بالبرد، أو يدعمنا عندما نتأذَّى أو نخاف.

لكن إذا لم ينظر إليك أحد بعينين مُحبَّتين أو ابتسم إليك أحد عند رؤيتك، إذا لم يسارع أحد لمساعدتك (ولكن بدلًا من ذلك قال: «إما أن تتوقَّف عن البكاء وإما سأبكيك»)، فأنت بحاجة إلى اكتشاف طرق أخرى للاعتناء بنفسك. من المرجح أن تجرِّب أي شيء ـ المخدرات، أو الكحول، أو الإفراط في الأكل، أو الجرح ـ يقدم نوعًا من الراحة.

بينما كانت شيري تأتي بكل إخلاص إلى كل موعد وتجيب عن أسئلتي بصدق كبير، لم أشعر بأننا نجري هذا النوع من الاتصال الحيوي الضروري لنجاح العلاج. شعرت بالدهشة لشدة تجمدها وتوترها، واقترحت عليها أن ترى ليز، وهي اختصاصية تدليك كنت قد عملت معها. خلال لقائهما الأول، وضعت ليز شيري على طاولة التدليك، ثم تحركت إلى نهاية الطاولة وأمسكت بقدمَي شيري برفق. بينما كانت مستلقية وعيناها مغمضتان، صرخت شيري في ذعر:

ـ أين أنتِ؟

بطريقة ما، فقدت شيري أثر ليز، على الرغم من أن ليز كانت هناك، وكانت يداها على قدمَي شيري.

شيري واحدة من أوائل المرضى الذين علّموني أشياء بخصوص الانفصال الشديد عن الجسم الذي يعانيه الكثير من الأشخاص الذين لديهم تواريخ من خبرة الصدمة والإهمال. اكتشفتُ أن تدريبي المهني، بتركيزه على الفهم والبصيرة، قد تجاهل إلى حد كبير أهمية الجسم الحي والمتنفِّس، أساس ذواتنا. عرفت شيري أن شدَّ جلدها كان شيئًا مدمِّرًا، وأنه مرتبط بإهمال والدتها، لكن فهم مصدر الدافع لم يُحدِث فرقًا في مساعدتها على التحكُّم في الأمر.

أن تفقد جسمك

بمجرد أن نُبِّهت لهذا الأمر، اندهشت لاكتشاف عدد المرضى الذين أخبروني أنهم لا يستطيعون الشعور بمناطق كاملة من أجسامهم. أحيانًا أطلب منهم إغلاق أعينهم وإخباري بما وضعتُه بين أيديهم الممدودة. سواء كان ذلك مفتاحًا لسيارة، أو عملة معدنية، أو فتّاحة علب، لم يتمكنوا في كثير من الأحيان حتى من تخمين ما كانوا يحملونه، لم تكن تصوُّراتهم الحسية تعمل ببساطة.

تحدَّثت عن هذا الأمر مع صديقي ألكساندر ماكفارلين في أستراليا الذي لاحظَ الظاهرة نفسها. درس في مختبره في مدينة أديلايد السؤال التالي: كيف نعرف أننا نحمل مفتاح سيارة من دون النظر إليه؟ يتطلب التعرف على شيء موجود في راحة يدك استشعار شكله، ووزنه، ودرجة حرارته، وملمسه، وموضعه. تُنقَل كل تجربة من هذه التجارب الحسية المميزة إلى جزء مختلف من الدماغ الذي يحتاج بعد ذلك إلى دمجها في تصوُّر واحد. وجد ماكفارلين أن الأشخاص الذين يعانون اضطراب كرب ما بعد الصدمة غالبًا ما يواجهون صعوبة في تجميع الصورة[٨٨].

عندما تصبح حواسنا مكتومة، لا نشعر بأننا على قيد الحياة بشكل كامل. في مقالة بعنوان «ما العاطفة؟» (١٨٨٤)[٨٩]، تحدث ويليام جيمس، أبو

علم النفس الأمريكي، عن حالة لافتة للنظر من «اللاشعور الحسي» في امرأة أجرى مقابلة معها:

> «ليس لديَّ... أي أحاسيس بشرية. [أنا] محاطة بكل ما يمكن أن يجعل الحياة سعيدة ومقبولة، ومع ذلك بالنسبة إليَّ المقدرة على المتعة والشعور ناقصة... كل حواسي، كل جزء من ذاتي الخاصة، إذا صح التعبير، انفصل عني ولم يعد قادرًا على منحي أي شعور؛ يبدو أن هذه الاستحالة تعتمد على فراغٍ أشعر به في مقدمة رأسي، وتعود إلى تناقص الإحساس على كامل سطح جسمي، لأنه يبدو لي أني لا أصل قَطُّ إلى الأشياء التي ألمسها. كان كل ذلك ليكون مسألة بسيطة لولا نتيجته المخيفة، التي هي استحالة أي نوع آخر من المشاعر وأي نوع من المتعة، على الرغم من أني أشعر بحاجة ورغبة إليها تجعل حياتي عذابًا غير مفهوم».

تثير هذه الاستجابة للصدمة سؤالًا مهمًا: كيف يمكن للأشخاص المصابين بصدمات تعلُّم دمج التجارب الحسية العادية حتى يتمكنوا من التعايش مع التدفُّق الطبيعي للشعور والشعور بالأمان والكمال في أجسامهم؟

كيف نعرف أننا أحياء؟

معظم دراسات التصوير العصبي المبكرة للأشخاص المصابين بصدمات تشبه تلك التي رأيناها في الفصل الثالث ركَّزت على كيفية تفاعل الأشخاص مع تذكيرات محددة بالصدمة. بعد ذلك، في عام ٢٠٠٤، طرحت زميلتي روث لانيوس، التي أجرت عملية المسح لدماغَي ستان ويووت لورانس، سؤالًا جديدًا: ماذا يحدث في أدمغة الناجين من الصدمات عندما لا يفكِّرون في الماضي؟ فتحت دراساتها حول الدماغ الخامل، «شبكة الحالة الافتراضية»، فصلًا جديدًا بالكامل في فهم كيفية تأثير الصدمة في الوعي الذاتي، وتحديدًا الوعي الذاتي الحسي[٩٠].

جنَّدت الدكتورة لانيوس مجموعة من ستة عشر كنديًّا «طبيعيًّا» للاستلقاء

داخل ماسح ضوئي للدماغ بينما لا يُفكِّرون في أي شيء على وجه الخصوص. ليس من السهل على أي شخص القيام بذلك ـ ما دمنا مستيقظين، فإن أدمغتنا تتماوج ـ لكنها طلبت منهم تركيز انتباههم على تنفُّسِهم ومحاولة إفراغ عقولهم قدر الإمكان. ثم كررت التجربة نفسها مع ثمانية عشر شخصًا لديهم تاريخ من الإساءة الشديدة والمزمنة في مرحلة الطفولة.

ماذا يفعل دماغك عندما لا يكون لديك شيء محدد في ذهنك؟ اتضح أنك تهتم بنفسك؛ تعمل الحالة الافتراضية على تنشيط مناطق الدماغ التي تعمل معًا لخلق إحساسك بـ«الذات».

عندما نظرت روث إلى عمليات المسح التي أُجريت على المشاركين الطبيعيين، وجدت تنشيطًا لمناطق «شبكة الحالة الافتراضية» التي وصفها باحثون سابقون. يروق لي أن أسمِّي هذا «موهوك»(*) الوعي الذاتي، بِنى خط الوسط في الدماغ، التي تبدأ مباشرة فوق أعيننا، مرورًا بمركز الدماغ وصولًا إلى الخلف. كل بِنى خط الوسط هذه متورِّطة في إحساسنا بالذات. أكبر منطقة مضيئة في الجزء الخلفي من الدماغ هي الحزامية الخلفية، التي تعطينا إحساسًا ماديًّا بمكان وجودنا، نظام تحديد المواقع الداخلي الخاص بنا. وهي متصلة بقوة بقشرة الفص الجبهي الإنسي، برج المراقبة الذي ناقشته في الفصل الرابع (لا يظهر هذا الاتصال في المسح لأن التصوير بالرنين المغناطيسي الوظيفي لا يمكنه قياسه). كما أنها متصلة بمناطق الدماغ التي تسجِّل الأحاسيس القادمة من بقية الجسم؛ الفص الجزيري الذي ينقل الرسائل من الأحشاء إلى المراكز العاطفية، والفصوص الجدارية التي تدمج المعلومات الحسية، والحزامية الأمامية التي تُنسِّق العواطف والتفكير. كل هذه المجالات تُسهِم في الوعي.

(*) تشير كلمة «موهوك» هنا إلى قصة شعر معينة؛ يُحلق شعر الرأس كله ما عدا شريطًا نحيلًا من الشعر الطويل يمتد من الجبهة وحتى مؤخرة الرأس. قبيلة «موهوك» هي إحدى قبائل السكان الأصليين في أمريكا الشمالية، والقصة نفسها كانت منتشرة بينهم. (المترجم).



تحديد موقع الذات. «موهوك» الوعي الذاتي. بدءًا من الجزء الأمامي من الدماغ (على اليمين)، يتكون هذا من قشرة الفص الجبهي المدارية، والقشرة الجبهية الإنسية، والحزامية الأمامية، والحزامية الخلفية، والفص الجزيري. في الأفراد الذين لديهم تاريخ من الصدمات المزمنة، تُظهِر المناطق نفسها نشاطًا منخفضًا بشكل حاد، ما يجعل من الصعب تسجيل الحالات الداخلية وتقييم الأهمية الشخصية للمعلومات الواردة.

كان التناقض مع عمليات المسح التي أُجريت على ثمانية عشر مريضًا مصابًا باضطراب كرب ما بعد الصدمة المزمن ويعانون صدمة حادة في مرحلة مبكرة من العمر مذهلًا. لم يكن هناك أي تنشيط تقريبًا لأيٍّ من مناطق الاستشعار الذاتي في الدماغ؛ قشرة الفص الجبهي الإنسي، والحزامية الأمامية، والقشرة

الجدارية، والفص الجزيري، كلها لم تصدر ضوءًا على الإطلاق. المنطقة الوحيدة التي أظهرت تنشيطًا طفيفًا هي الحزامية الخلفية، وهي المسؤولة عن التوجيه المكاني الأساسي.

يمكن أن يكون هناك تفسير واحد فقط لمثل هذه النتائج؛ استجابةً للصدمة نفسها، وتأقلمًا مع الرهبة التي استمرت لفترة طويلة بعد ذلك، تعلَّم هؤلاء المرضى إغلاق مناطق الدماغ التي تنقل المشاعر والعواطف الحشوية التي تصاحب الرعب وتحدِّده. ومع ذلك، في الحياة اليومية، تكون مناطق الدماغ نفسها مسؤولة عن تسجيل النطاق الكامل للعواطف والأحاسيس التي تُشكِّل أساس وعينا الذاتي، وإحساسنا بمن نكون. ما شهدناه هنا هو تكيُّف مأساوي؛ في سعيهم لإغلاق الأحاسيس المرعبة، أوقفوا أيضًا قدرتهم على الشعور بالحياة في شكلها الكامل.

يمكن أن يفسِّر اختفاء تنشيط الفص الجبهي الإنسي سبب فقدان الكثير من الأشخاص المصابين بصدمات إحساسهم بالهدف والاتجاه. كنت أتفاجأ من عدد المرَّات التي يسألني فيها مرضاي النصيحة حول أكثر الأشياء عادية، ثم بمدى ندرة اتباعهم لنصيحتي. الآن، فهمت أن علاقتهم بواقعهم الداخلي كانت ضعيفة. كيف يمكنهم اتخاذ قرارات، أو وضع أي خطة موضع التنفيذ، إذا لم يتمكنوا من تحديد ما يريدون، أو بشكل أكثر دقة، من تحديد ما تحاول أن تخبرهم به الأحاسيس الموجودة داخل أجسامهم، هذه الأحاسيس التي هي أساس جميع المشاعر؟

أحيانًا يكون الافتقار إلى الوعي الذاتي لدى ضحايا صدمة الطفولة المزمنة عميقًا إلى درجة أنهم لا يستطيعون التعرف على أنفسهم في المرآة. تُظهِر عمليات مسح الدماغ أن هذا ليس نتيجة مجرد عدم الانتباه: فقد تُعطَّل البِنى المسؤولة عن التعرُّف على الذات جنبًا إلى جنب مع البِنى المتعلقة بالتجربة الذاتية.

عندما عرضت عليَّ روث لانيوس دراستها، عادت إليَّ عبارة من تعليمي الثانوي الكلاسيكي. يُنسَب إلى عالم الرياضيات أرخميدس، خلال تدريسه

الرَّافعة، قوله: «أعطِني مكانًا لأقف فيه وسأحرِّك العالم». أو كما قال معالج الجسم العظيم في القرن العشرين موشيه فيلدنكرايس: «لا يمكنك أن تفعل ما تريد حتى تعرف ما تفعله». الآثار المترتبة على ذلك واضحة، لكي تشعر بأنك حاضر، عليك أن تعرف مكانك وأن تكون على دراية بما يجري معك. إذا تعطَّل نظام الاستشعار الذاتي، فنحن بحاجة إلى إيجاد طرق لإعادة تنشيطه.

نظام الاستشعار الذاتي

كان من الرائع رؤية مدى استفادة شيري من علاجها بالتدليك. شعرَت بمزيد من الاسترخاء والمغامرة في حياتها اليومية، وكانت أيضًا أكثر استرخاءً وانفتاحًا معي. انخرطت حقًّا في علاجها وكان لديها فضول حقيقي بشأن سلوكها، وأفكارها، ومشاعرها. توقَّفت عن شدِّ جلدها، وعندما جاء الصيف بدأَت تقضي أمسياتها جالسة في الخارج على دِكَّتها وتتحدث مع جيرانها. حتى إنها انضمت إلى جوقة الكنيسة، وهي تجربة رائعة للتزامن الجماعي.

في هذا الوقت تقريبًا، قابلت أنطونيو داماسيو في مركز فكري صغير نظَّمه دان شاكتر، رئيس قسم علم النفس بجامعة هارفارد. في سلسلة من المقالات والكتب العلمية الرائعة، أوضح داماسيو العلاقة بين حالات الجسم، والعواطف، والنجاة. بوصفه طبيب أعصاب عالج مئات الأشخاص الذين يعانون أشكالًا مختلفة من تلف الدماغ، أصبح مفتونًا بالوعي وتحديد مناطق الدماغ اللازمة لمعرفة ما تشعر به. كرَّس حياته المهنية لرسم خرائط لما هو المسؤول عن تجربة «الذات» عندنا. إن كتابه «الشعور بما يحدث» (*The Feeling of What Happens*) هو، بالنسبة إليَّ، أهم كتاب له، وكانت قراءته بمنزلة وحي[٩١]. يبدأ داماسيو بالإشارة إلى الفجوة العميقة بين إحساسنا بالذات والحياة الحسية لأجسامنا. وكما يشرح بشاعرية: «في بعض الأحيان نستخدم عقولنا ليس لاكتشاف الحقائق، ولكن لإخفائها... أحد الأشياء التي تخفيها الشاشة بشكل أكثر فعالية هو الجسم، جسمنا،

وأعني الأجزاء الداخلية منه، مكامنه. مثل حجاب يُلقى على الجلد لتأمين حشمته، تزيل الشاشة جزئيًّا من العقل الحالات الداخلية للجسم، تلك التي تُشكِّل تدفق الحياة في أثناء تجوُّله في رحلة كل يوم»[٩٢].

ويواصل ليصف كيف يمكن أن تعمل هذه «الشاشة» لصالحنا من خلال تمكيننا من الاهتمام بالمشكلات المُلحة في العالم الخارجي. ومع ذلك، فإن لها تكلفتها: «إنها تميل إلى منعنا من استشعار الأصل المحتمل للذات وطبيعتها»[٩٣]. بناءً على عمل ويليام جيمس الذي مضى عليه قرن من الزمان، يحاجج داماسيو بأن جوهر وعينا الذاتي يعتمد على الأحاسيس الجسدية التي تنقل الحالات الداخلية للجسم:

> توفر المشاعر البدائية تجربة مباشرة عن الجسم الحي للفرد، الخالي من الكلمات، وغير المزخرف، وغير المرتبط بأي شيء سوى الوجود المطلق. تعكس هذه المشاعر البدائية الحالة الحالية للجسم بأبعاد مختلفة... على مقياس يتراوح بين اللذة إلى الألم، وتنشأ على مستوى جذع الدماغ بدلًا من القشرة الدماغية. كل مشاعر العاطفة هي اختلافات موسيقية معقَّدة في المشاعر البدائية[٩٤].

يتشكَّل عالمنا الحسي حتى قبل أن نُولد. نشعر بالسائل السلوي في الرحم على جلدنا، ونسمع الأصوات الخافتة لدفعات الدم والجهاز الهضمي في أثناء العمل، ونلعب ونتمايل مع حركات أمهاتنا. بعد الولادة، يحدد الإحساس الجسدي علاقتنا بأنفسنا ومحيطنا. نبدأ في كوننا بللنا، وجوعنا، وشبعنا، ونعاسنا. يضغط نشاز من الأصوات والصور غير المفهومة على نظامنا العصبي البكر. حتى بعد أن نكتسب الوعي واللغة، يوفِّر نظام الاستشعار الجسماني لدينا ملاحظات مهمة حول حالتنا اللحظية. تنقل صوته المستمر التغيرات الحاصلة في أحشائنا وعضلات وجهنا، وجذعنا، والأطراف التي

تشير إلى الألم والراحة، وكذلك إلحاحاتنا مثل الجوع والإثارة الجنسية. ما يحدث حولنا يؤثِّر أيضًا في أحاسيسنا الجسدية. إن رؤية شخص ما نعرفه، أو سماع أصوات معينة ـ مقطوعة موسيقية، أو صفارة إنذار ـ أو الشعور بتغيُّر في درجة الحرارة كلها أشياء تغيِّر من تركيز انتباهنا، ومن دون أن نكون على علم بذلك، توجِّه أفكارنا وأفعالنا اللاحقة.

كما رأينا، فإن وظيفة الدماغ هي مراقبة وتقييم ما يجري داخلنا وحولنا باستمرار. تنتقل هذه التقييمات عن طريق الرسائل الكيميائية في مجرى الدم والرسائل الكهربائية في أعصابنا، ما يسبب تغيرات طفيفة أو دراماتيكية في جميع أنحاء الجسم والدماغ. عادةً ما تحدث هذه التحولات بالكامل من دون مدخلات واعية أو وعي؛ المناطق تحت القشرية من الدماغ فعَّالة بشكل مذهل في تنظيم التنفس، وضربات القلب، والهضم، وإفراز الهرمونات، والجهاز المناعي. ومع ذلك، يمكن أن تُغمَر هذه الأنظمة إذا واجهنا تهديدٌ مستمر، أو حتى تصوُّر وجود تهديد. هذا يفسر مجموعة واسعة من المشكلات الجسدية التي وثقها الباحثون في الأشخاص المصابين بصدمات.

ومع ذلك، تلعب ذاتنا الواعية أيضًا دورًا حيويًّا في الحفاظ على توازننا الداخلي: إننا بحاجة إلى التسجيل والتصرف وفقًا لأحاسيسنا الجسدية للحفاظ على سلامة أجسامنا. شعورنا بالبرد يجبرنا على ارتداء سترة؛ الشعور بالجوع أو تعكر المزاج يخبرنا أن نسبة السكر في الدم منخفضة ويحفِّزنا على تناول وجبة خفيفة؛ ضغط المثانة الممتلئة يرسلنا إلى الحمام. يشير داماسيو إلى أن جميع بِنى الدماغ التي تسجل المشاعر الخلفية تقع بالقرب من المناطق التي تتحكم في وظائف التدبير الأساسية، مثل التنفس، والشهية، والتبول والتبرز، ودورات النوم/ الاستيقاظ: «هذا لأن عواقب امتلاك عاطفة وانتباه تتعلق بالكامل بالأعمال الأساسية لإدارة الحياة داخل الجهاز العضوي. ليس من الممكن إدارة الحياة والحفاظ على التوازن الاستتبابي من دون بيانات عن الحالة الحالية لجسم الكائن الحي»[٩٥]. يطلق داماسيو

على مناطق التدبير في الدماغ «الذات البدائية»، لأنها تخلق «المعرفة الخالية من الكلمات» التي تكمن وراء شعورنا الواعي بالذات.

الذات تحت التهديد

في عام ٢٠٠٠، نشر داماسيو وزملاؤه مقالًا في أهم مطبوعة علمية في العالم، «العلم» (Science)، الذي أفاد بأن إعادة عيش المشاعر السلبية القوية تؤدي إلى تغيرات مهمة في مناطق الدماغ التي تتلقى إشارات عصبية من العضلات، والأمعاء، والجلد، وهي مناطق بالغة الأهمية لتنظيم وظائف الجسم الأساسية. أظهرت عمليات مسح الدماغ التي أجراها الفريق أن استدعاء حدث عاطفي من الماضي يجعلنا في الواقع نعيد تجربة الأحاسيس العميقة التي شعرنا بها خلال الحدث الأصلي. أنتج كل نوع من أنواع المشاعر نمطًا مميزًا يختلف عن الأنواع الأخرى. على سبيل المثال، كان جزء معين من جذع الدماغ «نَشِطًا في الحزن والغضب، ولكن ليس في السعادة أو الخوف»[٩٦]. تقع جميع مناطق الدماغ هذه أسفل الجهاز الحُوفي، الذي تُخصَّص المشاعر له تقليديًّا، ومع ذلك فإننا نعترف بانخراطها في كل مرة نستخدم أحد التعبيرات الشائعة التي تربط العواطف القوية بالجسم: «أنت تمرضني»، «اقشعر جلدي بسببه»، «اختنقت تمامًا»، «اعتُصِر قلبي»، «إنه يُلهبني».

يُنشِّط النظام الذاتي الأوَّلي في جذع الدماغ والجهاز الحُوفي بشكل كبير عندما يواجه الناس خطر الفناء، ما يؤدي إلى شعور غامر بالخوف والرعب مصحوبًا بإثارة فسيولوجية شديدة. بالنسبة إلى الأشخاص الذين يعيدون عيش الصدمة، لا شيء منطقي؛ إنهم محاصرون في وضع حياة أو موت، حالة من الخوف الشديد أو الغضب الأعمى. العقل والجسم يُثاران باستمرار، كما لو كانا في خطر وشيك. يفزعون ردًّا على أدنى ضوضاء ويشعرون بالإحباط من أقل التهيجات. نومهم مضطرب بشكل مزمن، وغالبًا

ما يفقدون لذة الطعام الحسية. وهذا بدوره يمكن أن يؤدي إلى محاولات يائسة لإغلاق هذه المشاعر عن طريق التجمُّد والانفصال[٩٧].

كيف يستعيد الناس السيطرة عندما تكون أدمغتهم الحيوانية عالقة في معركة من أجل النجاة؟ إذا كان ما يدور في أعماق أدمغتنا الحيوانية يُملي علينا كيف نشعر، وإذا كانت أحاسيس أجسامنا منسَّقة من خلال بِنى دماغية تحت قشرية (اللاوعي)، فما مقدار السيطرة عليها في الواقع؟

الفعالية: أن تملك حياتك

«الفعالية» هي المصطلح التقني للشعور بأنك متحكِّم في حياتك؛ معرفة مكانك، ومعرفة أن لديك رأيًا فيما يحدث لك، ومعرفة أن لديك بعض القدرة على تشكيل ظروفك. قدامى المحاربين الذين ضربوا بأيديهم الحائط الصلب في «عيادة قدامى المحاربين» يحاولون تأكيد فعاليتهم، تحقيق شيء ما. لكن انتهت بهم الحال إلى الشعور بأنهم خارج نطاق السيطرة، وكان العديد من هؤلاء الرجال الواثقين بأنفسهم محاصرين في حلقة بين النشاط المحموم والجمود.

تبدأ الفعالية بما يسمِّيه العلماء «التصوُّر الداخلي»، إدراكنا لمشاعرنا الحسية الدقيقة والجسمانية، كلما زاد هذا الوعي زادت قدرتنا على التحكم في حياتنا. إن معرفة مانشعر به هي الخطوة الأولى لمعرفة سبب شعورنا بهذه الطريقة. إذا كنا على دراية بالتغيرات المستمرة في بيئتنا الداخلية والخارجية، فيمكننا التعبئة لإدارتها. لكن لا يمكننا القيام بذلك ما لم يتعلَّم برج المراقبة لدينا ـ قشرة الفص الجبهي الإنسي ـ مراقبة ما يجري بداخلنا. هذا هو السبب في أن ممارسة اليقظة العقلية التي تقوي قشرة الفص الجبهي الإنسي، هي حجر الزاوية في التعافي من الصدمة[٩٨].

بعد أن شاهدت الفيلم الرائع «مسيرة البطاريق» (*March of the Penguins*)، وجدت نفسي أفكر في بعض مرضاي. طيور البطريق رزينة

ومحبوبة، ومن المأساوي معرفة كيف، منذ زمن سحيق، اجتازت سبعين ميلًا داخل اليابسة من البحر، وتحمَّلت مصاعب لا يمكن وصفها للوصول إلى مناطق تكاثرها، وفقدت عديدًا من بيضها الحي بسبب تعرُّضه للخطر، ثم جرَّت نفسها، وهي تتضوَّر جوعًا تقريبًا، إلى المحيط. لو كان لدى طيور البطريق فصوص جبهية مماثلة لتلك التي نمتلكها، لكانت استخدمت زعانفها الصغيرة في بناء أكواخ ثلجية، وابتكرت تقسيمًا أفضل للعمل، وأعادت تنظيم إمداداتها الغذائية. نجا العديد من مرضاي من الصدمة من خلال شجاعة ومثابرة هائلتين، فقط ليقعوا في النوع نفسه من المشكلات مرارًا وتكرارًا. أغلقت الصدمة بوصلتهم الداخلية وسلبت الخيال الذي يحتاجون إليه لخلق شيء أفضل.

يؤكد علم أعصاب الذات والفعالية على أنواع العلاجات الجسدية التي طوَّرها الصديقان بيتر ليفين[٩٩] وبات أوجدن[١٠٠]. سأناقش هذه المقاربات الاستشعارية الحسية وغيرها بمزيد من التفصيل في الجزء الخامس، ولكنها في جوهرها ثلاثية الهدف:

- استخلاص المعلومات الحسية المحجوبة والمجمَّدة بسبب الصدمة.
- مساعدة المرضى على مصادقة (بدلًا من كبت) الطاقات التي تُطلقها تلك التجربة الداخلية.
- استكمال الأعمال الجسدية التي تحافظ على الذات والتي أُحبِطَت عندما حُوصروا، أو قُيِّدوا، أو أُفقِدوا القدرة على الحركة بسبب الرعب.

تشير مشاعرنا الداخلية إلى ما هو آمن، أو مُحافِظ على الحياة، أو مهدِّد لها، حتى لو لم نتمكَّن من شرح سبب شعورنا بطريقة معينة. ترسل إلينا دواخلنا الحسية باستمرار رسائل خفية حول احتياجات جهازنا العضوي. تساعدنا المشاعر الداخلية أيضًا على تقييم ما يجري حولنا. تحذِّرنا من أن الرجل الذي يقترب منَّا يبدو مريبًا، لكنها تنقل أيضًا الشعور بأن غرفة ذات واجهة غربية محاطة بزنابق النهار تجعلنا نشعر بالهدوء. إذا كان لديك

اتصال مريح بأحاسيسك الداخلية، إذا كان بإمكانك الوثوق بها لإعطائك معلومات دقيقة، فستشعر بأنك مسؤول عن جسمك، ومشاعرك، ونفسك.

ومع ذلك، بشكل مزمن، يشعر الأشخاص المصابون بصدمات بعدم الأمان داخل أجسامهم؛ فالماضي حيٌّ في شكل انزعاج داخلي مُلتَهِم. تُقصَف أجسامهم باستمرار بعلامات تحذير حشوية، وفي محاولة للسيطرة على هذه العمليات، غالبًا ما يصبحون خبراء في تجاهل مشاعرهم الداخلية وفي تخدير الوعي بما يحدث في الداخل. يتعلمون الاختباء من ذواتهم.

كلما حاول الناس بشكل أكبر إبعاد وتجاهل علامات التحذير الداخلية، زاد احتمال تولِّيها زمام الأمور وتركها لهم متحيرين، ومُربَكين، ومكلَّلين بالعار. الأشخاص الذين لا يستطيعون ملاحظة ما يجري في الداخل بشكل مريح يصبحون عرضة للاستجابة لأي تحول حسي إما عن طريق الإغلاق وإما الدخول في حالة من الذعر، يصابون بالخوف من الخوف نفسه.

نعرف الآن أن أعراض الذعر تستمر إلى حد كبير، لأن الفرد يصاب بالخوف من الأحاسيس الجسمانية المرتبطة بنوبات الذعر. قد تنجم النوبة عن شيء تعرف أنه غير منطقي، لكن الخوف من الأحاسيس يبقيها تتصاعد إلى حالة طارئة لكامل الجسم. تصف تعبيرات مثل «خائف إلى حد التخشُّب» و«متجمِّد من الخوف» (الانهيار والشعور بالخدر) على وجه التحديد الشعور الناجم عن الرعب والصدمة. إنها أساسه الحشوي. تنبع تجربة الخوف من الاستجابات البدائية للتهديد حيث يُحبَط الهروب بطريقة ما. تظلُّ حياة الناس رهينة الخوف حتى تتغير تلك التجربة الحشوية.

ثمن تجاهل أو تشويه رسائل الجسم هو عدم القدرة على اكتشاف ما هو خطير أو ضار حقًّا بالنسبة إليك، وكذلك ما هو آمن أو منعش. يعتمد التنظيم الذاتي على وجود علاقة ودية مع جسمك. من دونها يتعيَّن عليك الاعتماد على التنظيم الخارجي؛ من الأدوية، أو المخدرات مثل الكحول، أو الطمأنينة المستمرة، أو الامتثال القهري لرغبات الآخرين.

يستجيب العديد من مرضاي للتوتر ليس من خلال ملاحظته وتسميته، ولكن عن طريق الإصابة بالصداع النصفي أو نوبات الربو[١٠١]. أخبرتني ساندي، وهي ممرضة زائرة في منتصف العمر، أنها شعرت بالرعب والوحدة في طفولتها، وكانت غير مرئية من قِبل والديها المدمنين على الكحول. تعاملَت مع هذا من خلال احترامها لكل شخص تعتمد عليه (بما في ذلك أنا، معالجها). كلما أدلى زوجها بملاحظة غير حساسة، كانت تُصاب بنوبة ربو. في الوقت الذي تلاحظ فيه أنها لا تستطيع التنفس، يكون الأوان قد فات على فعالية جهاز الاستنشاق، ولا بد حينها من نقلها إلى غرفة الطوارئ.

قمع صرخاتنا الداخلية طلبًا للمساعدة لا يمنع هرمونات التوتر لدينا من تعبئة الجسم. على الرغم من أن ساندي تعلَّمت تجاهل مشكلات علاقتها وحجب إشارات الضائقة الجسدية، فإنها قد ظهرت في أعراض تتطلَّب اهتمامها. ركَّز علاجها على تحديد الرابط بين أحاسيسها الجسدية وعواطفها، وشجعتُها أيضًا على التسجيل في برنامج «الكيك بوكسينج». لم تذهب إلى غرفة الطوارئ خلال الأعوام الثلاثة التي كانت فيها مريضة عندي.

الأعراض الجسدية التي لا يمكن العثور على أساس جسدي واضح لها واسعة الانتشار عند الأطفال والبالغين المصابين بصدمات. يمكن أن تشمل آلام الظهر والرقبة المزمنة، والألم العضلي الليفي، والصداع النصفي، ومشكلات الجهاز الهضمي، والقولون التشنجي / متلازمة القولون العصبي، والتعب المزمن، وبعض أشكال الربو[١٠٢]. الأطفال المصابون بصدمات لديهم معدَّل إصابة بالربو يزيد خمسين مرة على ذاك الذي لأقرانهم غير المصابين[١٠٣].

«الألكيسيثيميا»: ما من كلمات تعبر عن المشاعر

كانت لديَّ عمَّة أرملة ذات تاريخ مؤلم من الصدمة، أصبحت جدَّة شرفية لأطفالنا. جاءت في زيارات متكررة تميَّزت بالكثير من العمل ـ صنع الستائر،

وإعادة ترتيب أرفف المطبخ، وخياطة ملابس الأطفال ـ والقليل من الكلام. كانت دائمًا حريصة على إرضاء غيرها، لكن كان من الصعب معرفة ما تستمتع هي به. بعد عدة أيام من تبادل المجاملات، توقَّفت المحادثة بيننا، واضطررتُ إلى العمل بجد لملء فترات الصمت الطويلة. في اليوم الأخير من زياراتها قدتُها إلى المطار، حيث عانقتني بشدة بينما كانت تنهمر الدموع على وجهها. من دون أي أثر للسخرية، شكت بعد ذلك من أن الرياح الباردة في مطار لوجان الدولي جعلت عينيها تدمعان. شعر جسمها بالحزن الذي لم يستطِع عقلها تسجيله، كانت تترك عائلتنا الشابة، أقرب أقربائها الأحياء.

يسمِّي الأطباء النفسيون هذه الظاهرة «الألكيسيثيميا»؛ كلمة يونانية تشير إلى عدم وجود كلمات تُعبِّر عن المشاعر. لا يستطيع العديد من الأطفال والبالغين المصابين بصدمات وصف ما يشعرون به، لأنهم لا يستطيعون تحديد ما تعنيه أحاسيسهم الجسدية. قد يبدو عليهم الحنق لكنهم يُنكرون أنهم غاضبون، قد يبدو عليهم الذعر لكنهم يقولون إنهم بخير. عدم القدرة على تميز ما يجري داخل أجسامهم يجعلهم على غير اتصال باحتياجاتهم، ويواجهون صعوبة في الاعتناء بأنفسهم، سواء كان ذلك من خلال تناول الكمية المناسبة في الوقت المناسب أو الحصول على النوم الذي يحتاجون إليه.

مثل عمتي، يستبدل الذين يعانون «الألكيسيثيميا» بلغة العاطفة لغةَ الفعل. عندما يوجَّه سؤال: «كيف سيكون شعورك إذا رأيت شاحنة تقترب منك بسرعة ثمانين ميلًا في الساعة؟»، يقول معظم الناس: «سأرتعب» أو «سأتجمَّد خوفًا». قد يجيب الشخص الذي يعاني «الألكيسيثيميا» قائلًا: «كيف سيكون شعوري؟ لا أدري... سأبتعد عن الطريق»[١٠٤]. إنهم يميلون إلى تسجيل المشاعر على أنها مشكلات جسدية وليست إشارات إلى أن شيئًا ما يستحق اهتمامهم. بدلًا من الشعور بالغضب أو الحزن، يعانون آلامًا في العضلات، أو اضطرابات في الأمعاء، أو أعراضًا أخرى لا يمكن

العثور على سبب لها. نحو ثلاثة أرباع مرضى فقدان الشهية العصبي، وأكثر من نصف المصابين بالشره المرضي، يشعرون بالحيرة بسبب مشاعرهم العاطفية ويواجهون صعوبة كبيرة في وصفها[١٠٥]. عندما عرض الباحثون صورًا لوجوه غاضبة أو حزينة على الأشخاص المصابين بـ«الألكيسيثيميا»، لم يتمكنوا من معرفة ما يشعر به هؤلاء الأشخاص[١٠٦].

كان الطبيب النفسي هنري كريستال أحد أوائل الأشخاص الذين علَّموني عن «الألكيسيثيميا»، وقد عمل مع أكثر من ألف من الناجين من «الهولوكوست» ضمن جهوده لفهم الصدمات النفسية الهائلة[١٠٧]. كريستال، وهو نفسه أحد الناجين من معسكرات الاعتقال، وجد أن العديد من مرضاه ناجحون مهنيًّا، لكن علاقاتهم الحميمية قاتمة وغير وثيقة. إن قمعهم لمشاعرهم جعل القيام بأشغال العالم أمرًا ممكنًا، ولكن بثمن. تعلَّموا إيقاف مشاعرهم التي كانت غامِرة في السابق، ونتيجة لذلك، لم يعودوا يدركون ما يشعرون به. قلَّة منهم كان لديها أي اهتمام بالعلاج.

أجرى بول فريوين من جامعة ويسترن أونتاريو سلسلة من مسوحات الدماغ للأشخاص الذين يعانون اضطراب كرب ما بعد الصدمة ويعانون «الألكيسيثيميا». قال له أحد المشاركين:

ـ لا أعرف بمَ أشعر، كما لو أن رأسي وجسدي غير متصلين. أعيش في نفق، غشاوة، بصرف النظر عما يحدث، يراودني رد الفعل نفسه؛ الخدر، لا شيء. يولد حصولي على حمَّام رغويٍّ وحرقي أو اغتصابي الشعور نفسه. دماغي لا يشعر.

وجد فريوين وزميلته روث لانيوس أنه كلما كان الأشخاص بعيدين عن مشاعرهم بشكل أكبر، قلَّ نشاط مناطق الاستشعار الذاتي في الدماغ[١٠٨].

بالنظر إلى أن الأشخاص المصابين بصدمات غالبًا ما يواجهون صعوبة في استشعار ما يجري في أجسادهم، فإنهم يفتقرون إلى استجابة دقيقة للإحباط. إما أن يتفاعلوا مع التوتر من خلال «الشرود» أو الغضب المفرط. ومهما كانت

استجابتهم، لا يستطيعون في كثير من الأحيان معرفة ما يزعجهم. يُسهِم هذا الفشل في الاتصال بأجسادهم في افتقارهم الموثَّق جيدًا إلى الحماية الذاتية وارتفاع معدَّلات معاودة إيذائهم[١٠٩]، وكذلك في الصعوبات الملحوظة التي يواجهونها في الشعور باللذة، والحسيَّة، والإحساس بالمعنى.

لا يمكن للأشخاص الذين يعانون «الألكيسيثيميا» أن يتحسَّنوا إلا من خلال تعلُّم التعرف على العلاقة بين أحاسيسهم الجسدية وعواطفهم، مثلما لا يستطيع الأشخاص المصابون بعمى الألوان دخول عالم الألوان إلا من خلال تعلُّم تمييز وتقدير درجات اللون الرمادي. مثل عمتي ومرضى هنري كريستال، فإنهم عادةً ما يترددون في القيام بذلك؛ يبدو أن معظمهم قد اتخذ قرارًا غير واعٍ بأنه من الأفضل الاستمرار في زيارة الأطباء وعلاج الاعتلالات التي لا تُشفى من القيام بالعمل المؤلم المتمثل في مواجهة شياطين الماضي.

تبدُّد الشخصية

يُعدُّ تبدد الشخصية بمنزلة نزول درجة أخرى في السلم نحو النسيان الذاتي؛ فقدان إحساسك بنفسك. يُعدُّ مسح الدماغ الذي أُجري ليووت وورد ذكره في الفصل الرابع، من حيث فراغه الشديد، توضيحًا حيًّا لتبدُّد الشخصية. ويُعدُّ تبدُّد الشخصية أمرًا شائعًا في أثناء التجارب الصادمة. تعرضتُ ذات مرة للسرقة في وقت متأخر من الليل في حديقة قريبة من منزلي، ومحلِّقًا فوق المشهد، رأيت نفسي مستلقيًا في الثلج وقد أُصِبت بجرح صغير في الرأس، وأحاطني ثلاثة مراهقين مسلحين بالسكاكين. بدَّدتُ آلام طعناتهم الموجودة على يدي ولم أشعر بأي خوف بينما كنت أتفاوض بهدوء من أجل إعادة محفظتي الفارغة.

لم أطوِّر اضطراب كرب ما بعد الصدمة، جزئيًّا، على ما أعتقد، لأنني كنت أشعر بالفضول الشديد بشأن امتلاك تجربة درستها من كثب في الآخرين، وجزئيًّا لأني كنت أتوهم أني سأكون قادرًا على رسم رسومات للمجرمين

وأعرضها على الشرطة. بالطبع، لم يُقبض عليهم قَطُّ، لكن خيالي الانتقامي منحني إحساسًا مُرضيًا بالفعالية.

الأشخاص المصابون بصدمات ليسوا محظوظين بشدَّة ويشعرون بالانفصال عن أجسادهم. إن وصف المحلل النفسي الألماني بول شيلدر لتبدُّد الشخصية جيد بشكل خاص، حيث كتب في برلين في عام ١٩٢٨[١١٠]:

> بالنسبة إلى الفرد مُبدَّد الشخصية، يبدو العالم غريبًا، عجيبًا، أجنبيًّا، شبيهًا بالحلم. تظهر الأشياء في بعض الأحيان متقلصة الحجم بشكل غريب، وأحيانًا تكون مسطحة. يبدو أن الأصوات تأتي من مسافة بعيدة... المشاعر بالمثل تخضع لتغيير ملحوظ. يشتكي المرضى أنهم غير قادرين على الشعور بالألم أو اللذة... لقد أصبحوا غرباء بالنسبة إلى أنفسهم.

انبهرت عندما علمت أن مجموعة من علماء الأعصاب في جامعة جنيف[١١١] قد حفَّزوا تجارب خروج من الجسم مماثلة عن طريق توصيل تيار كهربائي خفيف إلى نقطة معينة في الدماغ، وهي الموصل الجداري الصدغي. أحدث هذا لدى إحدى المريضات إحساسًا بأنها تتدلَّى من السقف وتنظر إلى جسدها، وفي حالة أخرى تسبب في شعور غريب بأن هناك من يقف خلفها. يؤكد هذا البحث ما يخبرنا به مرضانا؛ أن الذات يمكن أن تنفصل عن الجسد وتعيش حياة شبحية بمفردها. وبالمثل، أجرت لانيوس وفريوين، بالإضافة إلى مجموعة من الباحثين في جامعة جرونينجن في هولندا[١١٢]، مسحًا دماغيًّا لأشخاص انفصلوا عن رعبهم، ووجدوا أن مراكز الخوف في الدماغ أُغلقت ببساطة عندما تذكَّروا الحدث.

مصادقة الجسم

لا يمكن لضحايا الصدمات أن يتعافوا حتى يتأقلموا مع الأحاسيس الموجودة داخل أجسامهم ويصادقوها. الشعور بالخوف يعني أن تعيش في جسم يكون دائمًا على أهبة الاستعداد. يعيش الناس الغاضبون في أجسام غاضبة. أجسام

ضحايا إساءة معاملة الأطفال متوترة ودفاعية إلى أن يجدوا طريقة للاسترخاء والشعور بالأمان. من أجل التغيير، يحتاج الناس إلى إدراك أحاسيسهم والطريقة التي تتفاعل بها أجسامهم مع العالم من حولهم. الوعي الذاتي الجسدي هو الخطوة الأولى في تحرير طغيان الماضي.

كيف يمكن للناس الانفتاح واستكشاف عالمهم الداخلي من الأحاسيس والعواطف؟ في ممارستي أبدأ العملية من خلال مساعدة مرضاي على الملاحظة أولًا ثم وصف المشاعر الموجودة داخل أجسامهم، ليست مشاعر مثل الغضب أو القلق أو الخوف ولكن الأحاسيس الجسدية الكامنة تحت العواطف؛ الضغط، والحرارة، والتوتر العضلي، والتنميل، والتداعي، والشعور بالتجوُّف، وما إلى ذلك. أعمل أيضًا على تحديد الأحاسيس المرتبطة بالاسترخاء أو اللذة. أساعدهم على إدراك أنفاسهم، وإيماءاتهم، وحركاتهم. أطلب منهم الانتباه للتحولات الطفيفة في أجسادهم، مثل ضيق صدورهم أو الشعور بالالتهام في بطونهم، عندما يتحدثون عن أحداث سلبية يزعمون أنها لم تزعجهم.

قد تكون ملاحظة الأحاسيس للمرة الأولى أمرًا مؤلمًا للغاية، وقد تؤدي إلى التعجيل بذكريات مباغتة ولا إرادية حيث يتكوَّر الناس أو يتخذون مواقف دفاعية. هذه إعادات تمثيل جسدية للصدمة غير المهضومة وتمثِّل على الأرجح المواقف التي اتخذوها عندما حدثت الصدمة. قد تغمر الصور والأحاسيس الجسدية المرضى في هذه المرحلة، ويجب أن يكون المعالج على دراية بطرق لكبح سيول الأحاسيس والعاطفة، لمنعهم من التعرض للصدمة مرة أخرى من خلال الوصول إلى الماضي. (غالبًا ما يكون معلمو المدارس، والممرضون، وضباط الشرطة ماهرين جدًّا في تهدئة ردود الفعل الناجمة عن الرعب، لأن العديد منهم يواجهون يوميًّا تقريبًا أشخاصًا خارج نطاق السيطرة أو غير منظمين بشكل مؤلم).

ومع ذلك، في كثير من الأحيان، تُوصَف أدوية مثل «أبيليفاي»،

و«زيبريكسا»، و«سيروكويل» بدلًا من تعليم الناس مهارات التعامل مع ردود الفعل الجسدية المؤلمة. بالطبع، الأدوية فقط تخفِّف الأحاسيس ولا تفعل شيئًا لحلها أو تحويلها من عوامل سامة إلى حلفاء.

الطريقة الأكثر طبيعية للإنسان لتهدئة نفسه عندما يكون منزعجًا هي التشبث بشخص آخر. هذا يعني أن المرضى الذين تعرضوا للاعتداء الجسدي أو الجنسي يواجهون معضلة؛ إنهم يتوقون بشدَّة إلى اللمس بينما يخافون في الوقت نفسه من الاتصال الجسدي. يحتاج العقل إلى إعادة تعليم من أجل أن يشعر بالأحاسيس الجسدية، ويحتاج الجسم إلى المساعدة لتحمُّل راحة اللمس والاستمتاع بها. الأفراد الذين يفتقرون إلى الوعي العاطفي قادرون، بالممارسة، على ربط أحاسيسهم الجسدية بالأحداث النفسية. ثم يمكنهم إعادة الاتصال بأنفسهم ببطء[١١٣].

التواصل مع نفسك، التواصل مع الآخرين

سأنهي هذا الفصل بدراسة أخيرة واحدة توضِّح تكلفة فقدان جسمك. بعد أن قامت روث لانيوس ومجموعتها بمسح الدماغ الخامل، ركزوا على سؤال آخر من الحياة اليومية؛ ماذا يحدث للأشخاص المصابين بصدمات مزمنة عندما يتواصلون وجهًا لوجه؟

لا يستطيع العديد من المرضى الذين يأتون إلى عيادتي التواصل بالعين. أعرف على الفور مدى بؤسهم من خلال الصعوبة التي يجدونها في ملاقاة نظراتي. يتضح دائمًا أنهم يشعرون بالاشمئزاز، وأنهم لا يستطيعون تحمُّل رؤيتي لمدى خسَّتهم. لم يخطر ببالي قَطُّ أن مشاعر العار الشديدة هذه ستنعكس في تنشيط غير طبيعي للدماغ. أظهرت روث لانيوس مرة أخرى أنه لا يمكن التمييز بين العقل والدماغ، فما يحدث في أحدهما يُسجَّل في الآخر.

اشترت روث جهازًا باهظًا يقدم شخصية فيديو لشخص يرقد في ماسح

ضوئي. (في هذه الحالة، يشبه الرسم الكارتوني الشخصية اللطيفة لريتشارد جير). يمكن أن يقترب الشكل إما وجهًا لوجه (ينظر مباشرة إلى الشخص) وإما بزاوية ٤٥ درجة مع نظرة تجنبية. هذا جعل من الممكن مقارنة آثار الاتصال المباشر بالعين في تنشيط الدماغ مع آثار النظرة التجنبية[١١٤].

كان الاختلاف الأكثر وضوحًا بين الأشخاص الطبيعيين والناجين من صدمات مزمنة هو تنشيط قشرة الفص الجبهي استجابةً لنظرة العين المباشرة. عادةً ما تساعدنا قشرة الفص الجبهي على تقييم الشخص القادم نحونا، وتساعد الخلايا العصبية المرآتية لدينا في التعرف على نياته. ومع ذلك، فإن الأشخاص الذين يعانون اضطراب كرب ما بعد الصدمة لم ينشِّطوا أي جزء من الفص الجبهي، ما يعني أنهم لا يستطيعون حشد أي فضول حول الشخص الغريب. تفاعلوا فقط من خلال تنشيط مكثَّف في أعماق أدمغتهم العاطفية، في المناطق البدائية المعروفة باسم «السنجابية المحيطة بالمَسَال»، ما ولَّد حالة من المفاجأة، واليقظة المفرطة، والانكماش، وغيرها من سلوكيات الحماية الذاتية. لم يكن هناك تنشيط لأي جزء من الدماغ ينخرط في المشاركة الاجتماعية. ردًّا على النظر إليهم، ذهبوا ببساطة إلى وضع النجاة.

ماذا يعني هذا بالنسبة إلى قدرتهم على تكوين صداقات والتعايش مع الآخرين؟ ماذا يعني ذلك بالنسبة إلى علاجهم؟ هل يمكن للأشخاص الذين يعانون اضطراب كرب ما بعد الصدمة أن يثقوا بمعالج بخصوص أعمق مخاوفهم؟ للحصول على علاقات حقيقية يجب أن تكون قادرًا على تجربة الآخرين بوصفهم أفرادًا منفصلين، لكلٍّ منهم دوافعه ونياته الخاصة. بينما تحتاج إلى أن تكون قادرًا على الدفاع عن نفسك، تحتاج أيضًا إلى إدراك أن الآخرين لديهم أجنداتهم الخاصة. يمكن أن تجعل الصدمة كل ذلك ضبابيًّا ورماديًّا.

الجزء الثالث

عقول الأطفال

الفصل السابع

أن نكون
على الموجة نفسها:
التعلُّق والتناغم

«جذور المرونة... يمكن العثور عليها في معنى أن تكون مفهومًا وموجودًا في عقل وقلب شخص آخر مُحب، ومتناغم، ورزين».

– ديانا فوشا

كانت عيادة الأطفال بـ«مركز ماساتشوستس للصحة العقلية» مليئة بالأطفال المشوَّشين والمشوِّشين. مخلوقات جامحة غير قادرة على الجلوس في هدوء، تضرب وتعض غيرها من الأطفال، وفي بعض الأحيان تؤذي مجموعة العاملين. يركضون نحوك ويتشبَّثون بك في لحظة، ويهربون، مرعوبين، في اللحظة التالية. البعض استمنى بشكل قهري، هاجم آخرون أشياء، وحيوانات أليفة، وأنفسهم. رغبوا بشدة في المودة، وكانوا غاضبين، ومتحدِّين في الوقت نفسه. يمكن أن تكون الفتيات على وجه الخصوص مُمتثِلات بشكل مؤلم. سواء أكانوا معارضين أو متشبِّثين، لم يبدُ أن أيًّا منهم قادر على الاستكشاف أو اللعب بالطرق المعتادة لمن هم في عمرهم من الأطفال. بالكاد طوَّر بعضهم إحساسًا بالذات، لم يتمكنوا حتى من التعرف على أنفسهم في المرآة.

في ذلك الوقت، كنت أعرف القليل جدًّا عن الأطفال، باستثناء ما كان يعلمني إياه طفلاي اللذان كانا في مرحلة ما قبل المدرسة. لكني كنت محظوظًا بوجود زميلتي نينا فيش موراي، التي درست مع جان بياجيه في جنيف، بالإضافة إلى تربيتها لخمسة أطفال. بنى بياجيه نظرياته عن نمو الطفل على المراقبة الدقيقة والمباشرة للأطفال أنفسهم، بدءًا من رُضَّعه، وقد جلبت نينا هذه الروح إلى «مركز الصدمة» الناشئ في «مركز ماساتشوستس للصحة العقلية».

كانت نينا متزوجة بالرئيس السابق لقسم علم النفس بجامعة هارفارد، هنري موراي، أحد رواد نظرية الشخصية، وقد شجَّعت بنشاط أي عضو هيئة تدريس مبتدئ شاركها اهتماماتها. فتنتها قصصي عن قدامى المحاربين، لأنها ذكَّرتها بالأطفال المتعثِّرين الذين عملت معهم في مدارس بوسطن العامة. أتاح لنا موقع نينا المتميز وسحرها الشخصي الوصول إلى «عيادة الأطفال»، التي كان يديرها أطباء نفسيون لأطفال لا يهتمون كثيرًا بالصدمة.

اشتُهر هنري موراي، من بين أشياء أخرى، بتصميمه «اختبار تفهُّم الموضوع» (Thematic Apperception Test) المستخدم على نطاق واسع. «اختبار تفهُّم الموضوع» هذا عبارة عما يسمَّى بـ«الاختبار الإسقاطي»، الذي يَستخدم مجموعة من البطاقات لاكتشاف كيف يُشكِّل الواقع الداخلي للناس رؤيتَهم للعالم. على عكس بطاقات رورشاخ التي استخدمناها مع قدامى المحاربين، فإن بطاقات «اختبار تفهُّم الموضوع» تصوِّر مشاهد واقعية ولكن غامضة وإلى حد ما مزعجة؛ رجل وامرأة يحدِّقان بكآبة بعيدًا عن بعضهما بعضًا، صبي ينظر إلى كمان مكسور. يُطلب من المشاركين سرد قصص حول ما يحدث في الصورة، وماذا حدث قبل ذلك، وماذا يحدث بعد ذلك. في معظم الحالات، تكشف تفسيراتهم بسرعة عن الموضوعات التي تشغلهم.

قررت أنا ونينا إنشاء مجموعة من بطاقات الاختبار خصوصًا للأطفال، استنادًا إلى صور قطعناها من مجلات كانت موجودة في غرفة الانتظار

بالعيادة. قارنت دراستنا الأولى اثني عشر طفلًا تتراوح أعمارهم بين ستة أعوام إلى أحد عشر عامًا في «عيادة الأطفال» مع مجموعة من الأطفال من مدرسة قريبة قاموا بمطابقتهم قدر الإمكان في العمر، والعِرق، والذكاء، والتشكيلة الأسرية[١١٥]. ما ميَّز مرضانا كان سوء المعاملة التي عانوا منها داخل عائلاتهم. كان بينهم صبي أصيب برضوض شديدة جراء ضرب والدته المتكرر له، وفتاة تحرش بها والدها وهي في سن الرابعة، وصبيان قُيِّدا بشكل متكرر إلى كرسي وضُربا بالسياط، وفتاة، في سن الخامسة، رأت أمَّها (عاملة جنس) تُغتصب، وتُقطَّع أوصالها، وتُحرق، وتُوضع في صندوق سيارة. واشتُبه في أن قَوَّاد الأم كان يعتدي جنسيًّا على الفتاة.

عاش أطفال مجموعة المقارنة أيضًا في فقر في منطقة بائسة في بوسطن، حيث شهدوا بانتظام عنفًا مروِّعًا. في أثناء إجراء الدراسة، ألقى أحد الأولاد في مدرستهم البنزين على زميل في الفصل وأشعل النار فيه. وقُبض على طفل آخر وسط تبادل لإطلاق النار في أثناء توجُّهه إلى المدرسة مع والده وصديقه. أصيب في الفخذ، وقُتل صديقه. بالنظر إلى تعرضهم لمثل هذا المستوى الأساسي المرتفع من العنف، هل ستختلف استجاباتهم للبطاقات عن استجابات أطفال المستشفى؟

تصوِّر إحدى بطاقاتنا مشهدًا عائليًّا؛ طفلان يبتسمان فيما يشاهدان والدهما يصلح سيارة. كل طفل في البطاقة علَّق على الخطر الذي يتعرض له الرجل الراقد تحت السيارة. بينما كان أطفال مجموعة المقارنة يروون قصصًا بنهايات حميدة ـ سيتم إصلاح السيارة وربما سيذهب بها الأب والطفلان إلى «ماكدونالدز» ـ روى الأطفال المصابون بصدمات حكايات مروعة. قالت إحدى الفتيات إن الفتاة الصغيرة في الصورة على وشك تحطيم جمجمة والدها بالمطرقة. وروى طفل يبلغ من العمر تسعة أعوام وتعرَّض لإيذاء جسدي شديد قصة مفصَّلة عن كيف قام الصبي في الصورة بركل رافعة السيارة بعيدًا، بحيث شوَّهت السيارة جسم والده وتدفَّق دمه في جميع أنحاء المرأب.



وفيما يخبرنا مرضانا تلك القصص، كانوا متحمسين وغير منظمين للغاية. كان علينا قضاء وقت طويل عند مبرِّد المياه والذهاب للمشي قبل أن نظهر لهم البطاقة التالية. لم يكن من الغريب أن شُخِّص جميعهم تقريبًا على أنهم مصابون باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، وكان معظمهم يتعاطى عقار «ريتالين»، على الرغم من أن الدواء لم يبدُ أنه يُثبِّط استثارتهم في هذه الحالة.

أعطى الأطفال الذين تعرَّضوا للإيذاء ردود فعل مماثلة على صورة تبدو حميدة لامرأة حامل مظلَّلة أمام نافذة. عندما عرضناها على الفتاة البالغة من العمر سبعة أعوام التي تعرَّضت للإيذاء الجنسي في سن الرابعة، تحدثت عن قضبان ومهابل، وسألت نينا مرارًا وتكرارًا أسئلة مثل:

ـ كم عدد الأشخاص الذين ضاجعتِهم؟

مثل العديد من فتيات الدراسة الأخريات اللاتي تعرَّضن للإيذاء الجنسي، أصبحت منفعلة للغاية إلى درجة أننا اضطررنا إلى التوقف. التقطت فتاة تبلغ من العمر سبعة أعوام من مجموعة المقارنة الحالة المزاجية الحزينة للصورة،

دارت قصتها حول أرملة تنظر بحزن من النافذة، مفتقدةً زوجها. لكن في النهاية، وجدت السيدة رجلًا محبًّا ليكون أبًا صالحًا لطفلها.



رسمة للينا سكاي

مع بطاقة تلو بطاقة رأينا أنه على الرغم من تنبُّههم للمتاعب، فإن الأطفال الذين لم يتعرَّضوا لسوء المعاملة ما زالوا يثقون بعالم حميد؛ يمكنهم تخيُّل طرق للخروج من المواقف السيئة. بدا أنهم يشعرون بالحماية والأمان داخل عائلاتهم. شعروا أيضًا بالحب من قِبل أحد والديهم على الأقل، وهو الأمر الذي بدا أنه يُحدِث فرقًا كبيرًا في حرصهم على الانخراط في العمل المدرسي والتعلُّم.

كانت استجابات أطفال العيادة مُقلِقة. أثارت أكثر الصور براءة مشاعر حادة بالخطر، والعدوان، والإثارة الجنسية، والرعب. لم نختَر هذه الصور

لأن لها معنى خفيًّا يمكن للأشخاص الحساسين الكشف عنه، كانت صورًا عادية للحياة اليومية. لا يمكننا إلا أن نستنتج أنه بالنسبة إلى الأطفال الذين تعرَّضوا لسوء المعاملة، فإن العالم كله مليء بالمثيرات. ما داموا يستطيعون تخيُّل نتائج كارثية فقط لمواقف حميدة نسبيًّا، فإن أي شخص يدخل غرفة، أو أي شخص غريب، أو أي صورة، على شاشة أو على لوحة إعلانات، قد يُنظر إليهم على أنهم نُذُر كارثة. في ضوء ذلك كان السلوك الغريب لأطفال «عيادة الأطفال» منطقيًّا تمامًا[١١٦].

لدهشتي، نادرًا ما أشارت مناقشات فريق عمل الوحدة إلى تجارب الحياة الواقعية المروِّعة للأطفال وتأثير تلك الصدمات في مشاعرهم، وتفكيرهم، وتنظيمهم الذاتي. بدلًا من ذلك، كانت سجلَّاتهم الطبية مليئة بالمسمَّيات التشخيصية: «اضطراب السلوك» أو «اضطراب التحدي والمعارضة» للأطفال الغاضبين والمتمردين، أو «الاضطراب ثنائي القطب». كان اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه تشخيصًا «مُصاحِبًا» للجميع تقريبًا. هل حجبت عاصفة التشخيص هذه الصدمةَ الكامنة؟

الآن، واجهنا تحديين كبيرين. الأول هو معرفة ما إذا كانت النظرة المختلفة للأطفال الطبيعيين يمكن أن تفسِّر مرونتهم، وعلى مستوى أعمق، كيف يصنع فعلًا كل طفل خريطته للعالم. والسؤال الآخر، الذي لا يقل أهمية عن ذلك، هو: هل من الممكن مساعدة عقول وأدمغة الأطفال الذين تعرَّضوا للوحشية على إعادة رسم خرائطهم الداخلية وإدماج شعور بالثقة والاطمئنان تجاه المستقبل؟

رجال بلا أمَّهات

بدأت الدراسة العلمية للعلاقة الحيوية بين الأطفال الرُّضع وأمَّهاتهم عن طريق رجال إنجليز من الطبقة العليا فُصلوا عن عائلاتهم عندما كانوا صغارًا ليُرسَلوا إلى مدارس داخلية، حيث نشأوا في بيئات صارمة أعضاؤها من

الجنس نفسه. في المرة الأولى التي زرت فيها «عيادة تافيستوك» الشهيرة في لندن، لاحظت مجموعة من الصور بالأبيض والأسود لهؤلاء الأطباء النفسيين العظماء من القرن العشرين معلَّقة على الحائط صعودًا مع السلم الرئيسي: جون بولبي، وويلفريد بيون، وهاري جونتريب، ورونالد فيربيرن، ودونالد وينيكوت. اكتشف كل واحد منهم، بطريقته الخاصة، كيف تصبح تجاربنا المبكرة نماذج أولية لجميع اتصالاتنا اللاحقة مع الآخرين، وكيف ينشأ إحساسنا الأكثر حميمية بذاتنا في محادثاتنا الدقيقة مع من يقدم لنا الرعاية.

يدرس العلماء أكثر ما يحيرهم، بحيث يصبحون غالبًا خبراء في موضوعات يعدها الآخرون أمرًا مفروغًا منه. (أو، كما أخبرتني باحثة التعلُّق بياتريس بيبي ذات مرة: «معظم البحث عبارة عن بحث عنِّي»). هؤلاء الرجال الذين درسوا دور الأمَّهات في حياة الأطفال أُرسلوا هم أنفسهم إلى المدرسة في سن هشَّة، في وقت ما بين ستة وعشرة أعوام، قبل فترة طويلة من الوقت الذي كان يجب أن يواجهوا فيه العالم بمفردهم. أخبرني بولبي نفسه أن مثل هذه التجارب في المدرسة الداخلية ربما ألهمت رواية جورج أورويل ١٩٨٤، والتي تعبر ببراعة عن كيفية حث البشر على التضحية بكل شيء عزيز وحقيقي ـ بما في ذلك إحساسهم بالذات ـ من أجل أن يكونوا محبوبين ومقبولين من قِبل شخص في موقع السلطة.

بالنظر إلى أن بولبي كان صديقًا مقربًا من موريس، فقد أتيحت لي الفرصة للتحدث معه حول عمله كلما زار جامعة هارفارد. ولِد لعائلة أرستقراطية (كان والده جرَّاحًا لأسرة الملك)، وتمرَّس في علم النفس والطب والتحليل النفسي في معابد المؤسسة البريطانية. بعد التحاقه بجامعة كامبريدج، عمل مع الأولاد الإجراميين في إيست إند بلندن، وهو حي معروف بخشونته وإجراميته دُمِّر إلى حد كبير خلال غارات «البليتس»(*). في أثناء وبعد خدمته

(*) هي حملة قصف جوي ألمانية استهدفت المملكة المتحدة خلال الحرب العالمية الثانية. (المترجم).

في الحرب العالمية الثانية، راقب آثار عمليات الإجلاء في زمن الحرب ودور الحضانة الجماعية التي فصلت الأطفال الصغار عن عائلاتهم. كما درس تأثير العلاج في المستشفى، موضحًا أنه حتى الانفصال الوجيز (لم يُسمح للوالدين في ذلك الوقت بالزيارة خلال الليل) يضاعف من معاناة الأطفال. بحلول أواخر الأربعينيات من القرن العشرين، أصبح بولبي شخصًا غير مرغوب فيه في مجتمع التحليل النفسي البريطاني، نتيجة لادعائه الراديكالي بأن سلوك الأطفال المضطرب كان استجابة لتجارب الحياة الفعلية ـ للإهمال، والوحشية، والانفصال ـ وليس نتاجًا لخيالات جنسية طفولية. وبلا هوادة، كرَّس بقية حياته لتطوير ما أصبح يسمَّى «نظرية التعلُّق»[١١٧].

قاعدة آمنة

بينما ندخل هذا العالم نصرخ لنعلن عن وجودنا. يتعامل معنا شخص ما على الفور، ويغسلنا، ويقمطنا، ويملأ بطوننا، والأفضل من ذلك كله، قد تضعنا أمهاتنا على بطونهن أو أثدائهن من أجل ملامسة لذيذة للجلد بالجلد. إننا مخلوقات اجتماعية بشكل عميق؛ تتكون حيواتنا من إيجاد مكاننا داخل مجتمع البشر. أحبُّ تعبير الطبيب النفسي الفرنسي العظيم بيير جانيت: «كل حياة عبارة عن قطعة فنية، تُجمَّع بكل الوسائل المتاحة».

عندما نكبر، نتعلَّم تدريجيًّا أن نعتني بأنفسنا، جسديًّا وعاطفيًّا، لكننا نتلقَّى دروسنا الأولى في الرعاية الذاتية من الطريقة التي يُعتنى بنا بها. يعتمد إتقان مهارة التنظيم الذاتي إلى حد كبير على مدى انسجام تفاعلاتنا المبكرة مع مقدمي الرعاية الخاصين بنا. الأطفال الذين يُعدُّ آباؤهم مصادر موثوقة للراحة والقوة لديهم ميزة تمتدُّ مدى الحياة؛ نوع من الحماية ضد أسوأ ما يمكن أن يسلمه لهم المصير.

أدرك جون بولبي أن الأطفال مفتونون بالوجوه والأصوات، وأنهم حساسون بشكل لا يُصدَّق لتعبيرات الوجه، ووضعية الجسم، ونبرة الصوت، والتغيرات

الفسيولوجية، ووتيرة الحركة، والأفعال الأولية. رأى هذه القدرة الخَلقِية على أنها نتاج التطوُّر، وضرورية لنجاة هذه المخلوقات التي لا حول لها ولا قوة. الأطفال مبرمجون أيضًا لاختيار شخص بالغ معين (أو على الأكثر عددًا قليلًا) يتطوَّر معه نظام التواصل الطبيعي الخاص بهم. يؤدي هذا إلى إنشاء رابطة تعلُّق أساسية. كلما كان الشخص البالغ أكثر استجابة للطفل، كان الارتباط أعمق وزادت احتمالية أن يطوِّر الطفل طرقًا صحية للاستجابة للأشخاص من حوله.

كثيرًا ما كان بولبي يزور «ريجنتس بارك» في لندن، ويقوم بملاحظات منهجية للتفاعلات بين الأطفال وأمَّهاتهم. بينما جلست الأمَّهات بهدوء في مقاعد الحديقة، للحياكة أو قراءة الصحف، كان الأطفال يهيمون للاستكشاف، وينظرون أحيانًا من فوق أكتافهم للتأكد من أن ماما ما زالت تابعهم. لكن عندما يتوقف أحد الجيران ويستحوذ على اهتمام الأم بآخِر القيل والقال، كان الأطفال يركضون عائدين للبقاء على مقربة من الأم، ويتأكدون من أنهم ما زالوا يحظون باهتمامها. عندما يلاحظ الرُّضع والأطفال الصغار أن الأمَّهات لا ينخرطن معهم بشكل كامل، فإنهم يصابون بالتوتر. عندما تختفي أمَّهاتهم عن الأنظار، قد يبكون ويصبحون في حالة يُرثى لها، ولكن بمجرد عودة أمَّهاتهم، يهدأون ويستأنفون اللعب.

رأى بولبي أن التعلُّق هو القاعدة الآمنة التي ينتقل منها الطفل إلى العالم. على مدى العقود الخمسة اللاحقة، أثبتت الأبحاث بقوة أن وجود ملاذ آمن يعزز الاعتماد على الذات ويغرس الشعور بالتعاطف والمساعدة للآخرين الذين يعانون ضائقة. من خلال العطاء والأخذ الحميميين لرابطة التعلُّق يتعلم الأطفال أن الآخرين لديهم مشاعر وأفكار متشابهة ومختلفة عن تلك الخاصة بهم. بعبارة أخرى، «يتزامنون» مع بيئتهم ومع من حولهم ويطوِّرون الوعي الذاتي، والتعاطف، والتحكم في الانفعالات، والتحفيز الذاتي وهو ما يُمكِّنهم من أن يصبحوا أعضاء مساهمين في الثقافة الاجتماعية الأوسع. كانت هذه الصفات مفقودة بشكل مؤلم لدى أطفال «عيادة الأطفال».

رقصة التناغم

يصبح الأطفال متعلقين بمن يعمل مقدم رعاية أساسيًا لهم. لكن طبيعة هذا التعلُّق ـ سواء أكان آمنًا أم غير آمن ـ تُحدث فرقًا كبيرًا على مدى حياة الطفل. يتطوَّر التعلُّق الآمن عندما يتضمن تقديم الرعاية التناغمَ العاطفي. يبدأ التناغم عند المستويات الجسدية الأكثر خِفية للتفاعل بين الأطفال والقائمين على رعايتهم، ويمنح الأطفال الشعورَ بالتلبية والفهم. كما يقول كولوين تريفارثين الباحث في مجال التعلُّق في إدنبرة: «ينسق الدماغ حركات الجسم الإيقاعية ويوجههم للعمل في تعاطفٍ مع أدمغة الآخرين. يسمع الرُّضع ويتعلَّمون الحساسية الموسيقية من كلام أمَّهاتهم، حتى قبل الولادة»[١١٨].

في الفصل الرابع، وصفت اكتشاف الخلايا العصبية المرآتية، الروابط الدماغية التي تمنحنا قدرتنا على التعاطف. تبدأ الخلايا العصبية المرآتية في العمل بمجرد ولادة الأطفال. عندما زمَّ الباحث بجامعة واشنطن أندرو ميلتزوف شفتيه أو مدَّ لسانه في وجه أطفال بلغوا من العمر ست ساعات، حاكوا على الفور أفعاله[١١٩]. (يمكن للمواليد الجدد تركيز أعينهم فقط على الأشياء في نطاق ٨ إلى ١٢ بوصة ـ تكفي رؤية الشخص الذي يحملهم). التقليد هو أهم مهاراتنا الاجتماعية. إنه يؤكد أننا نلتقط ونعكس تلقائيًّا سلوك آبائنا، ومعلِّمينا، وأقراننا.

يرتبط معظم الآباء بأطفالهم بشكل عفوي إلى درجة أنهم بالكاد يدركون كيف يتكشَّف التناغم. لكن دعوة من صديق، الباحث في التعلُّق إد ترونيك، منحتني الفرصة لمراقبة تلك العملية من كثب. من خلال مرآة أحادية الاتجاه في «مختبر هارفارد للتنمية البشرية»، شاهدت أمًّا تلعب مع ابنها البالغ من العمر شهرين، الذي وُضع في مقعد للأطفال مواجه لها.

كانا يُناغيان بعضهما بعضًا ويمضيان وقتًا رائعًا ـ حتى مالت الأمُّ لهمزه بأنفها وبدأ الطفل، متحمسًا، يسحب شعرها بشدة. علِقت الأمُّ على حين غرة وصرخت من الألم، ودفعت يده بعيدًا بينما كان وجهها يتلوى من

الغضب. أفلت الطفل يده على الفور، وانسحبا جسديًّا بعضهما عن بعض. أصبح مصدر البهجة بالنسبة إلى كليهما مصدر ضيق. خائفًا بشكل واضح، رفع الطفل يده إلى وجهه لحجب رؤية أمِّه الغاضبة. الأم بدورها، مدركةً أن طفلها قد انزعج، أعادت التركيز عليه، وأصدرت أصواتًا مهدِّئة في محاولة لتهدئة الأمور. كان الرضيع لا يزال يغطي عينيه، ولكن سُرعان ما عاود شغفه للتواصل بالظهور. بدأ في استراق النظر للتأكد من أن كل شيء على ما يرام، بينما كانت أمه تتجه نحوه بتعبير قَلِق. عندما بدأت في دغدغة بطنه، ألقى ذراعيه وأخذ يضحك سعيدًا، واستُعيد الانسجام. تناغم الرَّضيع والأم مرة أخرى. استغرق هذا التسلسل الكامل من البهجة، والتصدُّع، والإصلاح، والبهجة الجديدة أقل قليلًا من اثنتي عشرة ثانية.

الآن، أظهر ترونيك وغيره من الباحثين أنه عندما يكون الرُّضع ومقدمو الرعاية متزامنين على المستوى العاطفي، فإنهم يكونون أيضًا متزامنين جسديًّا[١٢٠]. لا يستطيع الأطفال تنظيم حالاتهم العاطفية، ناهيك بالتغيرات في معدل ضربات القلب، ومستويات الهرمونات، ونشاط الجهاز العصبي المصاحب للعواطف. عندما يكون الطفل متزامنًا مع مقدم الرعاية الخاص به، ينعكس إحساسه بالبهجة والاتصال في دقات قلبه وتنفُّسه المنتظمين وانخفاض مستوى هرمونات التوتر. جسمه هادئ؛ وكذلك عواطفه. في اللحظة التي تتعطل فيها هذه الموسيقى ـ كما يحدث غالبًا في سياق يوم عادي ـ تتغير كل هذه العوامل الفسيولوجية أيضًا. يمكنك معرفة أن التوازن قد استُعيد عندما تهدأ الفسيولوجيا.

نقوم بتهدئة الأطفال حديثي الولادة، ولكن سُرعان ما يبدأ الآباء في تعليم أطفالهم تحمُّل مستويات أعلى من الإثارة، وهي وظيفة غالبًا ما تُعيَّن للآباء الذكور. (سمعت ذات مرة عالم النفس جون جوتمان يقول: «تقوم الأمَّهات بالتَّربيت، ويقوم الآباء باللكز»). يُعدُّ تعلُّم كيفية إدارة الإثارة مهارة أساسية في الحياة، ويجب على الآباء القيام بذلك للأطفال قبل أن يتمكن الأطفال

من القيام بذلك لأنفسهم. إذا أوصل الإحساس بالالتهام في البطن الطفلَ إلى البكاء، ترضعه الأم من ثديها أو تأتي بزجاجة الحليب. إذا كان خائفًا، يمسكه أحدهم ويهدهده حتى يهدأ. إذا انفجرت أمعاؤه، يأتي شخص ما ليجعله نظيفًا وجافًّا. إن ربط الأحاسيس الحادة بالسلامة، والراحة، والإتقان هو أساس التنظيم الذاتي، والتهدئة الذاتية، والتنشئة الذاتية، وهو موضوع أعود إليه طوال هذا الكتاب.

التعلُّق الآمن المصحوب بتنمية الكفاءة يبني مركزًا داخليًّا للسيطرة، العامل الرئيسي في التكيف الصحي طوال الحياة[١٢١]. يتعلَّم الأطفال المتعلِّقون بأمان ما يجعلهم يشعرون بالرضا؛ يكتشفون ما الذي يجعلهم (وغيرهم) يشعرون بالسوء، ويكتسبون إحساسًا بالفعالية: أن أفعالهم يمكن أن تُغيِّر شعورهم وكيف يستجيب الآخرون. يتعلَّم الأطفال المتعلِّقون بأمان الفرق بين المواقف التي يمكنهم التحكم فيها والمواقف التي يحتاجون فيها إلى المساعدة. يتعلَّمون أنه يمكنهم لعب دور نَشِط عند مواجهة المواقف الصعبة. في المقابل، يتعلَّم الأطفال الذين لديهم تاريخ من سوء المعاملة والإهمال أن رعبهم، وتوسلهم، وبكاءهم، لا تُسجَّل عند مقدم الرعاية. لا شيء يمكنهم فعله أو قوله يوقف الضرب أو يجذب الانتباه والمساعدة. في الواقع، يُكيِّفون على الاستسلام عندما يواجهون تحديات في وقت لاحق في الحياة.

أن تصبح حقيقيًا

معاصر بولبي، طبيب الأطفال والمحلل النفسي دونالد وينيكوت، يُعدُّ أبا دراسات التناغم الحديثة. ملاحظاته الدقيقة عن الأمهات والأطفال بدأت بالطريقة التي تحمل بها الأمهات أطفالهن. اقترح أن هذه التفاعلات الجسدية تُرسي الأساس لإحساس الطفل بذاته ـ وبمصاحبة ذلك، شعور بالهوية مدى الحياة. إن الطريقة التي تحمل بها أمٌّ طفلها تُشكِّل أساس «القدرة على الشعور بالجسم بعدِّه المكان الذي تعيش فيه النفس»[١٢٢]. هذا

الإحساس الحشوي والحسي الحركي لكيفية لقاء أجسامنا يضع الأساس لما نختبره بأنه «حقيقي»[١٢٣].

اعتقد وينيكوت أن الغالبية العظمى من الأمهات تُبلي بلاءً حسنًا في التناغم مع أطفالهن، لا يتطلَّب الأمر موهبة غير عادية لتكون المرأة ما سماه «أمًّا جيدة بما فيه الكفاية»[١٢٤]. لكن يمكن أن تسوء الأمور بشكل خطير عندما لا تتمكن الأمهات من التناغم مع الواقع الجسدي لأطفالهن. إذا لم تستطِع الأم تلبية دوافع طفلها واحتياجاته، «يتعلَّم الطفل أن يصبح فكرة الأم عن ماهية الطفل». إن الاضطرار إلى استبعاد أحاسيسه الداخلية، ومحاولة التكيف مع احتياجات مقدم الرعاية، يعني أن الطفل يدرك أن «شيئًا ما خطأ» في ما هو عليه. الأطفال الذين يفتقرون إلى التناغم الجسدي معرَّضون لإغلاق ردود الفعل المباشرة من أجسامهم، مقر اللذة والهدف والتوجيه.

في الأعوام التي تلت طرح أفكار بولبي ووينيكوت، أظهرت أبحاث التعلُّق حول العالم أن الغالبية العظمى من الأطفال متعلِّقون بشكل آمن. عندما يكبرون، سيساعد تاريخهم في تقديم الرعاية الموثوقة والمتجاوبة على إبقاء الخوف والقلق بعيدًا. ما لم يتعرَّضوا لبعض أحداث الحياة الغامِرة ـ الصدمة ـ التي تكسر نظام التنظيم الذاتي، فسوف يحافظون على حالة أساسية من الأمن العاطفي طوال حياتهم. يُشكِّل التعلُّق الآمن أيضًا نموذجًا لعلاقات الأطفال. يلتقطون ما يشعر به الآخرون ويتعلَّمون في وقت مبكر كيف يفصلون بين اللعب والواقع، ويطوِّرون حاسة شمٍّ للمواقف المخادعة أو الأشخاص الخطرين. عادةً ما يصبح الأطفال المتعلِّقون بأمان رفقاء لعب لطيفين ولديهم الكثير من تجارب تأكيد الذات مع أقرانهم. بعد أن تعلَّموا أن يكونوا منسجمين مع الآخرين، فإنهم يميلون إلى ملاحظة التغيرات الطفيفة في الأصوات، والوجوه، وتعديل سلوكهم وفقًا لذلك. يتعلَّمون العيش ضمن فهم مشترك للعالم، ومن المرجح أن يصبحوا أعضاءً مهمين في المجتمع.

ومع ذلك، يمكن عكس هذه الدوامة التصاعدية عن طريق الإساءة أو الإهمال. غالبًا ما يكون الأطفال الذين تعرَّضوا للإيذاء حسَّاسين للغاية للتغيرات في الأصوات والوجوه، لكنهم يميلون إلى الاستجابة لها بوصفها تهديدات بدلًا من كونها إشارات للبقاء متزامنين. أظهر الدكتور سيث بولاك من جامعة ويسكونسن سلسلة من الوجوه لمجموعة من الأطفال الطبيعيين في الثامنة من العمر، وقارن استجاباتهم باستجابات مجموعة أطفال تعرَّضوا للإساءة من العمر نفسه. عند نظرهم إلى هذا الطَّيف من التعابير الغاضبة إلى الحزينة، كان الأطفال الذين تعرَّضوا للإيذاء شديدي الانتباه لأدنى سمات الغضب(١٢٥).



هذا هو أحد الأسباب التي تجعل الأطفال المعتدى عليهم في موقف دفاعي أو خائفين بسهولة. تخيَّل كيف تكون الحال وأنت تشق طريقك عبر بحر من الوجوه في ممر المدرسة، محاولًا معرفة من الذي قد يعتدي عليك. الأطفال الذين يبالغون في رد فعلهم تجاه عدوانية أقرانهم، والذين لا يلتزمون باحتياجات الأطفال الآخرين، والذين ينغلقون بسهولة أو يفقدون السيطرة على دوافعهم، من المحتمل أن يُنبذوا ولا يُدعوا إلى حفلات المبيت أو مواعيد اللعب. في النهاية قد يتعلَّمون التستُّر على خوفهم من خلال وضع جبهة صلبة. أو قد يقضون مزيدًا ومزيدًا من الوقت بمفردهم، يشاهدون التلفزيون أو يلعبون على الكمبيوتر، ويتراجعون أكثر في مهارات التعامل مع الآخرين والتنظيم الذاتي العاطفي.

لا تقل الحاجة إلى التعلُّق أبدًا. لا يمكن لمعظم البشر ببساطة أن يتسامحوا مع الانفصال عن الآخرين لأي فترة زمنية. عادةً ما يجد الأشخاص الذين لا

يستطيعون التواصل من خلال العمل، أو الصداقات، أو العائلة طرقًا أخرى للترابط، مثل المرض، أو الدعاوى القضائية، أو الخلافات العائلية. كل شيء أفضل من هذا الشعور الموحش من عدم الارتباط والاغتراب.

قبل بضعة أعوام، عشية عيد الميلاد، استُدعيت لفحص صبي يبلغ من العمر أربعة عشر عامًا في «سجن مقاطعة سوفولك». قُبِض على جاك لاقتحامه منزل جيرانه الذين كانوا في إجازة. كان جهاز إنذار السرقة يدوِّي عندما وجدت الشرطة جاك في غرفة المعيشة.

أول سؤال طرحته على جاك هو مَن كان يتوقع أن يزوره في السجن في عيد الميلاد. قال لي:

ـ لا أحد. لا أحد يهتم بي أبدًا.

اتضح أنه قُبض عليه في أثناء عمليات اقتحام عدة مرات. كان يعرف الشرطة، وكانوا يعرفونه. وبسرور في صوته، أخبرني أنه عندما رآه رجال الشرطة واقفًا في منتصف غرفة المعيشة، صرخوا:

ـ يا إلهي، إنه جاك مرة أخرى، ذلك اللعين الصغير.

تعرَّف عليه شخص ما؛ عرف اسمه شخص ما. بعد فترة وجيزة، اعترف جاك:

ـ كما تعلم، هذا ما يجعل الأمر يستحق العناء.

سيقوم الأطفال بأي جهد ممكن تقريبًا ليشعروا بأنهم مرئيون ومتواصلون.

العيش مع والديك

الأطفال لديهم غريزة بيولوجية للتعلُّق، ليس لديهم خيار آخر. سواء كان آباؤهم أو مقدمو رعايتهم محبِّين ومهتمين أو متباعدين، أو غير حساسين، أو رافضين، أو مسيئين، سيطوِّر الأطفال أسلوبًا للتكيُّف بناءً على محاولتهم تلبية بعض احتياجاتهم على الأقل.

الآن، لدينا طرق موثوقة لتقييم وتحديد أساليب التكيُّف هذه، ويرجع

الفضل في ذلك إلى حد كبير إلى عمل اثنين من العلماء الأمريكيين، ماري أينسوورث وماري مين، وزملائهما، الذين أجروا آلاف الساعات من المراقبة لأمَّهات ورُضَّعهن على مدى أعوام عديدة. بناءً على هذه الدراسات، ابتكرت أينسوورث أداة بحثية تسمَّى «الحالة الغريبة»، والتي تبحث في كيفية تفاعل رضيع مع الانفصال المؤقَّت عن الأم. تمامًا كما لاحظ بولبي، يشعر الأطفال المتعلِّقون بأمان بالضيق عندما تتركهم أمهاتهم، لكنهم يُظهِرون فرحة عندما تعود، وبعد عملية تسجيل وصول قصيرة للطمأنينة، يستقرون ويستأنفون اللعب.

لكن الصورة أكثر تعقيدًا مع الأطفال الذين يعانون التعلُّق غير الآمن. الأطفال الذين يكون مقدم الرعاية الأساسي لهم لا مستجيبًا أو رافضًا يتعلَّمون التعامل مع قلقهم بطريقتين مختلفتين. لاحظ الباحثون أن البعض منهم بدا مستاءً ومتطلبًا بشكل مزمن مع الأمهات، بينما كان البعض الآخر أكثر سلبية وانطوائية. في كلتا المجموعتين فشل الاتصال مع الأمهات في تهدئتهم؛ لم يعودوا للعب بارتياح، كما يحدث في التعلُّق الآمن.

في أحد الأنماط، الذي يُدعى «التعلق الاجتنابي»، يبدو الأمر وكأنه لا شيء يزعج الأطفال حقًّا؛ لا يبكون عندما تذهب أمهاتهم بعيدًا ويتجاهلونهن عند عودتهن. ومع ذلك، هذا لا يعني أنهم لم يتأثروا. في الواقع، تُظهِر معدلات ضربات القلب المتزايدة بشكل مزمن أنهم في حالة دائمة من فرط الإثارة. نُطلِق أنا وزملائي على هذا النمط «التعامل ولكن عدم الشعور»[١٢٦]. يبدو أن معظم أمهات الأطفال الرضَّع الاجتنابيين يكرهن لمس أطفالهن. لديهن صعوبة في معانقتهم وحملهم، ولا يستخدمن تعابير وجوههن وأصواتهن لخلق إيقاعات ممتعة مع أطفالهن جيئةً وذهابًا.

في نمط آخر، يسمَّى التعلُّق «القَلِق» أو «المتناقض»، يلفت الأطفال الانتباه باستمرار إلى أنفسهم من خلال البكاء، أو التشبُّث، أو الصراخ: «يشعرون ولكن لا يتعاملون»[١٢٧]. يبدو أنهم قد استنتجوا أنه ما لم يقوموا

بأداء مشهد، فلن ينتبه لهم أحد. يصبحون مستائين للغاية عندما لا يعرفون مكان أمهم ولكنهم لا يشعرون براحة كبيرة عند عودتها. وعلى الرغم من أنه لا يبدو أنهم يستمتعون بصحبتها، فإنهم يظلون يركزون عليها بشكل سلبي أو غاضب، حتى في المواقف التي يفضل فيها الأطفال الآخرون اللعب[١٢٨].

يعتقد باحثو التعلُّق أن استراتيجيات التعلُّق الثلاث «المنظَّمة» (الآمنة، والاجتنابية، والقَلِقة) تعمل لأنها تستدعي أفضل رعاية يستطيع مقدم رعاية معين تقديمها. يمكن للأطفال الرُّضَّع الذين يواجهون نمطًا ثابتًا من الرعاية ـ حتى لو تميَّز بمسافة عاطفية أو عدم حساسية ـ التكيُّف للحفاظ على العلاقة. لا يعني هذا أنه لا توجد مشكلات: غالبًا ما تستمر أنماط التعلُّق حتى مرحلة البلوغ. يميل الأطفال الصغار القَلِقون إلى أن يصبحوا بالغين قَلِقين، بينما من المرجح أن يصبح الأطفال الصغار الاجتنابيون بالغين بعيدين عن مشاعرهم ومشاعر الآخرين. (كما هي الحال في: «لا يوجد خطأ في صفعة قوية. تعرَّضت للضرب وجعلني هذا الشخص الناجح الذي أنا عليه اليوم»). في المدرسة، من المرجح أن يتنمَّر الأطفال الاجتنابيون على غيرهم من الأطفال، في حين أن الأطفال القَلِقين هم ضحاياهم في كثير من الأحيان[١٢٩]. النمو ليس خطيًّا، ويمكن أن تتدخل العديد من التجارب الحياتية لتغيير هذه النتائج.

لكن هناك مجموعة أخرى تكيُّفها أقل ثباتًا، وهي المجموعة التي تُشكِّل الجزء الأكبر من الأطفال الذين نعالجهم ونسبة كبيرة من البالغين الذين يُعايَنون في عيادات الطب النفسي. قبل نحو عشرين عامًا، بدأت ماري مين وزملاؤها في جامعة بيركلي في التحقق من مجموعة من الأطفال (قرابة ١٥ في المائة من أولئك الذين خضعوا للدراسة) الذين بدا أنهم غير قادرين على معرفة كيفية التعامل مع مقدمي الرعاية الخاصين بهم. تبيَّن أن القضية الحاسمة هي أن مقدمي الرعاية أنفسهم كانوا مصدر قلق أو رعب للأطفال[١٣٠].

ليس لدى الأطفال في هذه الحالة من يلجأون إليه، ويواجهون معضلة لا يمكن حلها؛ تُعد أمهاتهم ضروريات للنجاة ومصدرًا للخوف في الوقت نفسه[١٣١]. «لا يمكنهم الاقتراب («الاستراتيجيات» الآمنة والمتناقضة)، أو تحويل انتباههم («الاستراتيجية» الاجتنابية)، أو الفرار»[١٣٢]. إذا راقبت مثل هؤلاء الأطفال في حضانة أو مختبر تعلُّق، تراهم ينظرون إلى والديهم عندما يدخلون الغرفة ثم يبتعدون بسرعة. غير قادرين على الاختيار بين البحث عن القرب من الوالد وتجنُّبه، قد يزحفون على أيديهم وركبهم، أو يبدو كما لو أنهم يدخلون في حالة شرود، أو يتجمَّدون مع رفع أذرعهم، أو ينهضون لتحيَّة آبائهم ثم يسقطون على الأرض. على غير دراية بمن هو آمن أو إلى من ينتمون، قد يكونون عاطفيين بشدة مع الغرباء أو قد لا يثقون بأحد. أطلقت مين على هذا النمط «التعلُّق غير المنظَّم». التعلُّق غير المنظَّم هو «خوف بلا حل»[١٣٣].

أن تصبح غير منظَّم بداخلك

غالبًا ما يتنبه الآباء الحريصون عندما يكتشفون أبحاث التعلُّق، ويخشون أن نفاد صبرهم العرضي أو هفواتهم العادية في التناغم قد تضرُّ بأطفالهم بشكل دائم. في الحياة الواقعية لا بد أن يكون هناك سوء تفاهم، وردود غير كفؤة، وفشل في التواصل. بالنظر إلى أن الآباء والأمهات تفوتهم الإشارات أو ينشغلون ببساطة بأمور أخرى، غالبًا ما يُترك الأطفال لأجهزتهم الخاصة لاكتشاف كيف يمكنهم تهدئة أنفسهم. في حدودٍ لا تُعدُّ هذه بالمشكلة. يحتاج الأطفال إلى تعلُّم كيفية التعامل مع الإحباطات وخيبات الأمل. مع وجود مقدمي رعاية «جيدين بما فيه الكفاية»، يتعلَّم الأطفال أن الوصلات المقطوعة يمكن إصلاحها. القضية الحاسمة هي ما إذا كان بإمكانهم تضمين شعور حشوي بالأمان مع آبائهم أو غيرهم من مقدمي الرعاية[١٣٤].

في دراسة عن أنماط التعلُّق لدى أكثر من ألفَي رضيع في بيئات الطبقة

الوسطى «العادية»، وُجد أن ٦٢ في المائة آمنون، و١٥ في المائة اجتنابيون، و٩ في المائة قَلِقون (يُعرفون أيضًا بالتناقضين)، و١٥ في المائة غير منظَّمين[١٣٥]. بشكل مثير للاهتمام، أظهرت هذه الدراسة الكبيرة أن النوع الاجتماعي للطفل وطبعه الأساسي لهما تأثير ضئيل في أسلوب التعلُّق؛ على سبيل المثال، الأطفال الذين يعانون طباعًا «صعبة» ليسوا أكثر عرضة لتطوير أسلوب غير منظَّم. من المرجح أن يكون الأطفال من الفئات الاجتماعية والاقتصادية الأدنى غير منظَّمين[١٣٦]، حيث غالبًا ما يكون الآباء والأمهات مضغوطين بشدة بسبب عدم الاستقرار الاقتصادي والأسري.

يواجه الأطفال الذين لا يشعرون بالأمان في الطفولة صعوبة في تنظيم حالتهم المزاجية واستجاباتهم العاطفية مع تقدمهم في العمر. في رياض الأطفال، يكون العديد من الأطفال غير المنظَّمين إما عدوانيين وإما متباعدين وغير مندمجين، ويستمرون في تطوير مجموعة من المشكلات النفسية[١٣٧]. كما أنهم يظهرون مزيدًا من التوتر الفسيولوجي، كما هو معبر عنه في معدَّل ضربات القلب، ومعدَّل التغيُّر في ضربات القلب[١٣٨]، واستجابات هرمون التوتر، وخفض عوامل المناعة[١٣٩]. هل هذا النوع من خلل التنظيم البيولوجي يُعاد ضبطه تلقائيًّا إلى طبيعته عندما ينضج الطفل أو ينتقل إلى بيئة آمنة؟ بقدر ما نعلم، لا يحدث ذلك.

إن التعرُّض لإساءة المعاملة على يد الوالدين ليس السبب الوحيد للتعلُّق غير المنظَّم: فالآباء الذين ينشغلون بصدماتهم الخاصة، مثل العنف المنزلي أو الاغتصاب أو الوفاة الحديثة لأحد الوالدين أو الأشقاء، قد يكونون أيضًا غير مستقرين عاطفيًّا وغير متَّسقين لتقديم الكثير من الراحة والحماية[١٤٠][١٤١]. بينما يحتاج جميع الآباء إلى كل الدعم الذي يمكنهم الحصول عليه للمساعدة في تنشئة أطفال آمنين، يحتاج الآباء المصابون بصدمات، على وجه الخصوص، إلى المساعدة لكي يتناغموا مع احتياجات أطفالهم.

غالبًا لا يدرك مقدمو الرعاية أنهم غير متناغمين. أتذكَّر بوضوح شريط فيديو عرضته عليَّ بياتريس بيبي[١٤٢]. أظهر الشريط أمًّا شابة تلعب مع رضيعها البالغ من العمر ثلاثة أشهر. كان كل شيء يسير على ما يرام حتى تراجع الطفل وأدار رأسه بعيدًا، في إشارة إلى أنه بحاجة إلى استراحة. لكن لم تلتقط أمه إيماءته، وكثَّفت جهودها لإشراكه من خلال تقريب وجهها من وجهه وزيادة حجم صوتها. عندما ارتدَّ أكثر، استمرَّت في ردِّه إليها ولكزه. أخيرًا، بدأ في الصراخ، وعند هذه النقطة وضعته الأم على الأرض وابتعدت، وبدا عليها الإحباط. من الواضح أن شعورها كان سيئًا، لكن ببساطة فاتتها الإشارات ذات الصلة. من السهل أن نتخيل كيف يمكن أن يؤدي هذا النوع من سوء التناغم، المُعاد مرارًا وتكرارًا، إلى انقطاع مزمن للاتصال. (أي شخص قام بتربية طفل مصاب بمغص أو مفرط النشاط يعرف مدى سرعة ارتفاع التوتر عندما لا يبدو أن هناك شيئًا يُحدث فرقًا). إن الفشل المزمن للأم في تهدئة طفلها وإقامة تفاعل ممتع معه وجهًا لوجه، من المرجح أن يقودها إلى عدِّه طفلًا صعبًا يجعلها تشعر بأنها فاشلة، وتتخلى عن محاولة تهدئته.

من الناحية العملية، غالبًا ما يكون من الصعب التمييز بين المشكلات الناتجة عن التعلُّق غير المنظَّم وتلك التي تنتج عن الصدمة: غالبًا ما تكون هذه المشكلات متشابكة. درست زميلتي راشيل يهودا معدَّلات اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى سكان نيويورك البالغين الذين تعرَّضوا للاعتداء أو الاغتصاب[١٤٣]. أولئك الذين كانت أمهاتهم ناجيات من «الهولوكوست» وعانوا اضطراب كرب ما بعد الصدمة كان لديهم معدَّل أعلى بشكل ملحوظ لتطوير مشكلات نفسية خطيرة بعد هذه التجارب الصادمة. التفسير الأكثر منطقية هو أن نشأتهم تركت لهم فسيولوجيا ضعيفة، ما جعل من الصعب عليهم استعادة توازنهم بعد انتهاكهم. وقد وجدت يهودا ضعفًا مماثلًا في أطفال النساء الحوامل اللواتي كن في «مركز التجارة العالمي» في ذلك اليوم القاتل من عام ٢٠٠١[١٤٤].

بالمثل، فإن ردود أفعال الأطفال تجاه الأحداث المؤلمة يُحدِّدها إلى حد كبير مدى هدوء آبائهم أو توترهم. أظهر تلميذي السابق جلين ساكس، وهو الآن رئيس قسم الطب النفسي للأطفال والمراهقين بجامعة نيويورك، أنه عندما يدخل الأطفال إلى المستشفى للعلاج من حروق شديدة، يمكن التنبؤ بتطور اضطراب كرب ما بعد الصدمة من خلال مدى شعورهم بالأمان مع أمهاتهم[١٤٥]. تنبأ أمان تعلُّقهم بأمهاتهم بكمية «المورفين» المطلوبة للسيطرة على الألم، فكلما كان التعلُّق أكثر أمانًا، قلَّت الحاجة إلى مسكن للألم.

درس زميل آخر، هو كلود شيمتوب، الذي يدير برنامج أبحاث الصدمة الأسرية في «مركز لانجون الطبي» بجامعة نيويورك، ١١٢ طفلًا في مدينة نيويورك شَهِدوا بشكل مباشر الهجمات الإرهابية التي وقعت في ١١ سبتمبر[١٤٦]. كان الأطفال الذين شُخِّصت أمهاتهم باضطراب كرب ما بعد الصدمة أو الاكتئاب في أثناء زيارات المتابعة أكثر عرضة ست مرات لمشكلات عاطفية كبيرة وإحدى عشرة مرة للإصابة بالعدوانية المفرطة استجابة لتجربتهم. الأطفال الذين أصيب آباؤهم باضطراب كرب ما بعد الصدمة أظهروا أيضًا مشكلات سلوكية، لكن شيمتوب اكتشف أن هذا التأثير كان غير مباشر وينتقل عن طريق الأم. (من المرجح أن يفرض العيش مع زوج غضوب، أو منسحب، أو مذعور عبئًا نفسيًّا كبيرًا على شريكته، بما في ذلك الاكتئاب).

إذا لم يكن لديك إحساس داخلي بالأمان، فمن الصعب التمييز بين الأمان والخطر. إذا كنت تشعر بالتخدير المزمن، فقد تجعلك المواقف الخطرة تشعر بأنك على قيد الحياة. إذا استنتجت أنه يجب أن تكون شخصًا فظيعًا (فلماذا، إذن، قد يعاملك والداك بهذه الطريقة؟)، فإنك تبدأ في توقُّع أن يعاملك الآخرون بشكل فظيع. على الأرجح، تستحق ذلك، وعلى أي حال، لا يوجد شيء يمكنك القيام به حيال الأمر. عندما يحمل الأشخاص غير المنظَّمين تصوُّرات ذاتية كهذه، يُعدُّون ليكونوا مصدومين من خلال التجارب اللاحقة[١٤٧].

الآثار طويلة المدى للتعلُّق غير المنظَّم

في أوائل الثمانينيات من القرن العشرين، شرعت زميلتي كارلين ليونز-روث، وهي باحثة في التعلُّق بجامعة هارفارد، في تسجيلٍ مصوَّرٍ للتفاعلات المباشرة وجهًا لوجه بين الأمهات وأطفالهن الرُّضَّع في عمر ستة أشهر، واثني عشر شهرًا، وثمانية عشر شهرًا. سجِّلت التفاعلات مرة ثانية عندما أصبح الأطفال في الخامسة من العمر ومرة ثالثة عندما أصبحوا في السابعة أو الثامنة[١٤٨]. كانوا جميعًا من عائلات عالية الخطورة: وافقت أوضاعهم بنسبة مائة في المائة إرشادات الفقر الفدرالية، وكان نصف الأمهات تقريبًا عازبات.

ظهر التعلُّق غير المنظَّم بطريقتين مختلفتين: بدت مجموعة من الأمهات منشغلات للغاية بقضاياهن الخاصة بحيث تعذَّر عليهن الاهتمام بأطفالهن الرُّضَّع. كُنَّ في كثير من الأحيان اقتحاميات وعدائيات؛ تناوبن بين رفض أطفالهن والتصرف كما لو أنهن يتوقَّعن من الأطفال الاستجابة لاحتياجاتهن. بدت مجموعة أخرى من الأمهات عاجزات وخائفات. غالبًا ما تصرَّفن بلطف أو هشاشة، لكن لم يعرفن كيف يكن بالغات في العلاقة وبدا أنهن يردن أن يقوم الأطفال بإراحتهن. فشلت الأمهات في تحية أطفالهن بعد غيابهن ولم يأخذن الأطفال بين أيديهن عندما كانوا في حالة حزن. لم يبدُ أنهن يفعلن هذه الأشياء عن عمد ـ فهن ببساطة لم يعرفن كيف يتكيَّفن مع أطفالهن ويستجبن لإشاراتهم، وبالتالي فشلن في مواساتهم وطمأنتهم. كانت الأمَّهات المعاديات/ الاقتحاميات أكثر عرضة لأن يكون لديهن تاريخ من الإيذاء الجسدي و/ أو مشاهدة للعنف المنزلي في مرحلة الطفولة، بينما كانت الأمهات الانسحابيات/ الاعتماديات أكثر عرضة لأن يكون لديهن تاريخ من الإيذاء الجنسي أو فقدان الوالدين (ولكن ليس الاعتداء الجسدي)[١٤٩].

لطالما تساءلتُ كيف يُسيء الآباء إلى أطفالهم. فبعد كل شيء، تربية

ذرية صحية هي في صميم إحساسنا البشري بالهدف والمعنى. ما الذي يمكن أن يدفع الآباء إلى تعمُّد إيذاء أطفالهم أو إهمالهم؟ زوَّدتني أبحاث كارلين بإجابة واحدة: عند مشاهدة مقاطع الفيديو التي أجرتها، استطعت أن أرى الأطفال يصبحون أكثر حزنًا فأكثر، أو متجهِّمين، أو مقاومين لأمَّهاتهم اللامتناغمات. في الوقت نفسه، أصبحت الأمهات محبطات، ومهزومات، وعاجزات بشكل متزايد في تفاعلاتهن. بمجرد أن ترى الأم الطفلَ ليس بعدِّه شريكًا لها في علاقة متناغمة ولكن بعدِّه شخصًا غريبًا محبِطًا، ومسببًا للغضب، ومنفصلًا، يُجهِّز المسرح لإساءة لاحقة.

بعد نحو ثمانية عشر عامًا، عندما كان هؤلاء الأطفال يبلغون من العمر عشرين عامًا تقريبًا، أجرت ليونز-روث دراسة متابعة لمعرفة كيف كانوا يتأقلمون مع الأمر. الرُّضَّع الذين عانوا اضطرابًا شديدًا في أنماط التواصل العاطفي مع أمهاتهم في عمر الثمانية عشر شهرًا أصبحوا شبابًا يتمتعون بإحساس غير مستقر بالذات، واندفاع مدمِّر للذات (بما في ذلك الإنفاق المفرط، والجنس العابث، وتعاطي المخدرات، والقيادة المتهورة، والشراهة في الأكل)، وغضب شديد وغير مناسب، وسلوك انتحاري متكرر.

توقعت كارلين وزملاؤها أن السلوك العدائي/ الاقتحامي من جانب الأمهات سيكون أقوى مؤشر على عدم الاستقرار العقلي لدى أطفالهن البالغين، لكنهم اكتشفوا خلاف ذلك. كان للانسحاب العاطفي التأثير الأعمق والأطول أمدًا. رُبِطَ التباعُد العاطفي وانقلاب الأدوار (حيث توقَّعت الأمهات أن يعتني الأطفال بهن) بشكل خاص بالسلوك العدواني ضد الذات والآخرين عند الشباب.

الانفصال: المعرفة وعدم المعرفة

اهتمت ليونز-روث بشكل خاص بظاهرة الانفصال، التي تتجلَّى في الشعور بالضياع، والانغمار، والهجران، والانفصال عن العالم وفي رؤية الذات

على أنها غير محبوبة، وفارغة، وعاجزة، ومحاصرة، ومُثقَلة. ووجدت علاقة «مُدهِشة وغير متوقَّعة» بين عدم الانخراط الأمومي واللاتناغم خلال العامين الأولين من الحياة والأعراض الانفصامية في مرحلة البلوغ المبكرة. استنتجت ليونز-روث أن الأطفال الرُّضَّع الذين لم تنظر إليهم ولم تعرفهم أمهاتهم حقًّا معرَّضون لخطر كبير يتمثل في نموِّهم مراهقين غير قادرين على المعرفة والرؤية[١٥٠].

يتعلَّم الرُّضَّع الذين يعيشون في علاقات آمنة التعبير ليس فقط عن إحباطاتهم وضيقهم ولكن أيضًا عن ذواتهم الناشئة؛ اهتماماتهم، وتفضيلاتهم، وأهدافهم. يساعد تلقِّي استجابة متعاطفة على تسكين الرُّضَّع (والبالغين) أمام المستويات القصوى من الإثارة المرعبة. لكن إذا تجاهل مقدمو الرعاية احتياجاتك، أو استاءوا من وجودك ذاته، فستتعلم توقُّع الرفض والانسحاب. يمكنك التأقلم قدر المستطاع عن طريق التعتيم على عداء والدتك أو إهمالها والتصرف كما لو أن الأمر لا يهم، ولكن من المرجح أن يظل جسمك في حالة تأهب قصوى، وأن يظل على استعداد لدرء الضربات، أو الحرمان، أو الهجران. الانفصال يعني المعرفة وعدم المعرفة في وقت واحد[١٥١].

كتب بولبي: «ما لا يمكن توصيله إلى الأم [إلى الآخر] لا يمكن توصيله إلى الذات»[١٥٢]. إذا كنت لا تستطيع تحمُّل ما تعرفه أو تشعر بما تشعر به، فإن الخيار الوحيد هو الإنكار والانفصال[١٥٣]. ربما يكون التأثير الأكثر تدميرًا على المدى الطويل لهذا الإغلاق هو عدم شعورك داخليًّا بحقيقتك، وهو حالة رأيناها في أطفال «عيادة الأطفال» ونراها في الأطفال والبالغين الذين يأتون إلى «مركز الصدمة». عندما لا تشعر بأنك حقيقي، لا شيء يهم، ما يجعل من المستحيل حماية نفسك من الخطر. أو قد تلجأ إلى التطرف في محاولة للشعور بشيء، حتى جرح نفسك بشفرة حلاقة أو الدخول في عراك بالأيدي مع غرباء.

أظهر بحث كارلين أن الانفصال يُكتسب مبكرًا: الإساءة اللاحقة أو الصدمات الأخرى لم تأخذ في الحسبان الأعراض الانفصامية لدى الشباب[١٥٤]. تسببت الإساءة والصدمة في العديد من المشكلات الأخرى، ولكن ليس الانفصال المزمن أو العدوان على الذات. كانت المشكلة الأساسية الكامنة هي أن هؤلاء المرضى لم يعرفوا كيف يشعرون بالأمان. أدى الافتقار إلى الأمان في علاقة تقديم الرعاية المبكرة إلى ضعف الإحساس بالواقع الداخلي، والتشبُّث المفرط، والسلوك المدمِّر للذات: لا الفقر، ولا الوالدية الانفرادية، ولا الأعراض النفسية للأم تنبَّأت بهذه الأعراض.

هذا لا يعني أن إساءة معاملة الأطفال ليست ذات صلة[١٥٥]، ولكن أن جودة الرعاية المبكرة مهمة للغاية في الوقاية من مشكلات الصحة العقلية، بصرف النظر عن الصدمات الأخرى[١٥٦]. لهذا السبب يحتاج العلاج إلى التعامل ليس فقط مع آثار أحداث صادمة محدَّدة ولكن أيضًا عواقب عدم محاكاتك، والتناغم معك، ومنحك رعاية ومودة مستمرتين: الانفصال وفقدان التنظيم الذاتي.

استعادة المزامنة

تخلق أنماط التعلُّق المبكرة الخرائط الداخلية التي ترسم علاقاتنا طوال الحياة، ليس فقط من حيث ما نتوقعه من الآخرين، ولكن أيضًا من حيث مقدار الراحة واللذة اللتين يمكننا تجربتهما في وجودهم. أشكُّ في أن الشاعر إ. إ. كامينجز كان من الممكن أن يكتب سطوره المبهجة: «أحب جسمي عندما يكون مع جسمك... عضلات أفضل وأعصاب أكثر»، لو كانت تجاربه المبكرة عبارة عن وجوه متجمِّدة ونظرات عدائية[١٥٧]. خرائط علاقتنا ضمنية، محفورة في الدماغ العاطفي ولا يمكن عكسها بمجرد فهم كيفية إنشائها. قد تدرك أن خوفك من العلاقة الحميمية له علاقة باكتئاب والدتك بعد الولادة أو بحقيقة أنها تعرَّضت للتحرش عندما

كانت طفلة، ولكن هذا وحده من غير المرجح أن يفتح لك السعادة والثقة في التعامل مع الآخرين.

ومع ذلك، قد يساعدك هذا الإدراك على البدء في استكشاف طرق أخرى للتواصل في العلاقات، من أجل مصلحتك الخاصة ومن أجل عدم نقل ارتباط غير آمن إلى أطفالك. سأناقش في الجزء الخامس عددًا من الأساليب لعلاج أنظمة التناغم التالفة من خلال التدريب على الإيقاعية والتبادلية[١٥٨]. يتطلب التزامن مع الذات ومع الآخرين تكامل حواسنا القائمة على الجسم؛ الرؤية، والسمع، واللمس، والتوازن. إذا لم يحدث هذا في مرحلة الرضاعة والطفولة المبكرة، فهناك فرصة متزايدة لمشكلات التكامل الحسي في وقت لاحق (التي لا يُشكل كلٌّ من الصدمة والإهمال السبيل الوحيد لها بأي حال من الأحوال).

الوجود المتزامن يعني الصدى من خلال الأصوات والحركات التي ترتبط بعضها ببعض، والتي هي جزء لا يتجزأ من الإيقاعات الحسية اليومية للطهي، والتنظيف، والنوم، والاستيقاظ. أن تكون متزامنًا قد يعني مشاركة وجوه مضحكة وأحضان، أو التعبير عن البهجة أو الرفض في اللحظات المناسبة، أو رمي الكرات ذهابًا وإيابًا، أو الغناء معًا. في «مركز الصدمة»، طوَّرنا برامج لتدريب الآباء على التواصل والتناغم، وقد أخبرني مرضاي عن العديد من الطرق الأخرى لجعل أنفسهم متناغمين، بدءًا من الغناء «الكورالي» والرقص الكلاسيكي الثنائي إلى الانضمام إلى فرق كرة سلة، وفرق «الجاز»، ومجموعات الموسيقى الكلاسيكية. كل هذا يعزز الشعور بالتناغم واللذة الجماعية.

الفصل الثامن

محاصر في العلاقات: تكلفة الإساءة والإهمال



«"رحلة البحر الليلية" هي الرحلة إلى أجزاءٍ من أنفسنا مُبعَدة، ومُنكَرة، وغير معروفة، وغير مرغوب فيها، ومنبوذة، ومنفية إلى مختلف عوالم الوعي الخفية... الهدف من هذه الرحلة هو لمُّ شملنا مع أنفسنا. يمكن أن تكون مثل هذه العودة إلى الوطن مؤلمة بشكل مدهش، بل ووحشية. من أجل القيام بها، يجب أن نتَّفق أولًا على عدم نفي أي شيء».

– ستيفن كوب

مارلين امرأة طويلة رياضية المظهر في منتصف الثلاثينيات من عمرها، تعمل ممرضة في غرفة العمليات في بلدة مجاورة. أخبرتني أنها قبل بضعة أشهر بدأت تلعب التنس في ناديها الرياضي مع رجل إطفاء من بوسطن يُدعى مايكل. قالت إنها عادةً ما تبتعد عن الرجال، لكنها أصبحت تدريجيًّا مرتاحة بدرجة كافية مع مايكل لقبول دعواته للخروج لتناول البيتزا بعد المباريات. كانا يتحدثان عن التنس، والأفلام، وأبناء إخوتهم وأخواتهم، لا شيء شخصي أكثر من اللازم. من الواضح أن مايكل استمتع برفقتها، لكنها أخبرت نفسها أنه لا يعرفها حقًّا.

في أمسية يوم سبت من شهر أغسطس، بعد التنس والبيتزا، دعته للمبيت في شقتها. ووصفت شعورها بـ«حدة المزاج واللاواقعية» بمجرد أن أصبحا بمفردهما معًا. تَذكُر أنها طلبت منه أن يأخذ الأمور ببطء ولكن لم يكن لديها إحساس يُذكر بما حدث بعد ذلك. بعد بضعة أكواب من النبيذ ومشاهدة إعادة عرض لمسلسل «القانون والنظام» (Law & Order)، يبدو أنهما ناما معًا فوق فراشها. في قرابة الثانية صباحًا، تقلَّب مايكل في أثناء نومه. عندما شعرت مارلين أن جسمه يلامس جسمها، انفجرت؛ ضربته بقبضتيها، وخدشته وعضته، وصرخت:

ـ أيها الوغد، أيها الوغد!

استيقظ مايكل مذهولًا، وأخذ متعلقاته، وهرب. بعد مغادرته، جلست مارلين على فراشها لساعات، مذهولة مما حدث. شعرت بالإهانة الشديدة وكرهت نفسها لما فعلته، والآن تأتي إليَّ لمساعدتها في التعامل مع رعبها من الرجال ونوبات اهتياجها التي لا يمكن تفسيرها.

أعدَّني عملي مع قدامى المحاربين للاستماع إلى قصص مؤلمة مثل قصة مارلين من دون محاولة القفز على الفور لإصلاح المشكلة. غالبًا ما يبدأ العلاج ببعض السلوكيات التي لا يمكن تفسيرها: مهاجمة حبيبك في منتصف الليل، أو الشعور بالرعب عندما ينظر إليك شخص ما في عينيك، أو أن تجد نفسك مغطى بالدم بعد جرح نفسك بقطعة من الزجاج، أو تتقيأ عمدًا كل وجبة. يستغرق الأمر وقتًا وصبرًا للسماح للواقع الكامن وراء هذه الأعراض بالكشف عن نفسه.

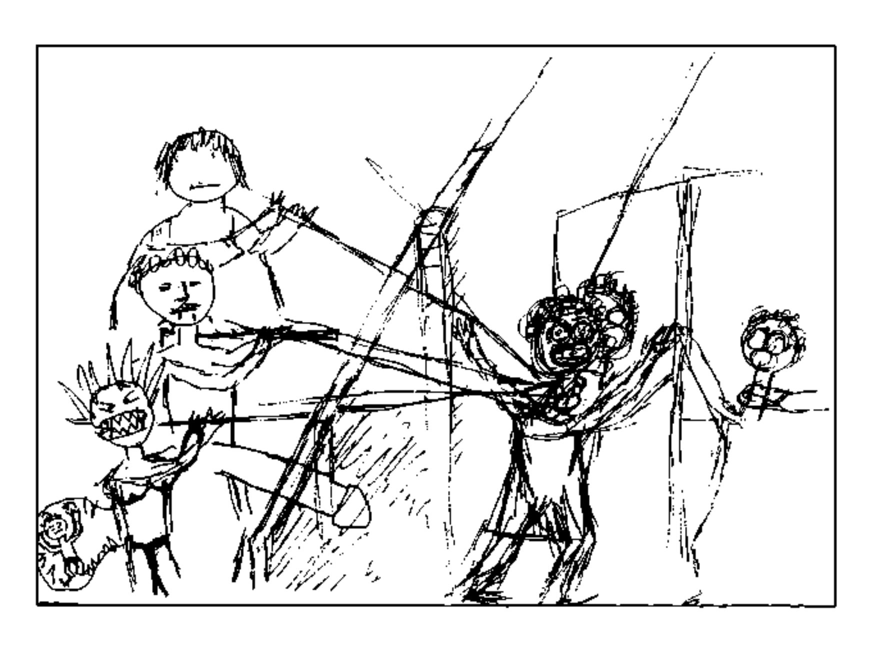
الرعب والخدر

في أثناء حديثنا، أخبرتني مارلين أن مايكل هو أول رجل تصطحبه إلى المنزل منذ أكثر من خمسة أعوام، لكن هذه لم تكن المرة الأولى التي

تفقد فيها السيطرة عندما قضى رجل الليلة معها. كررت أنها شعرت دائمًا بحدة المزاج والشرود كلما كانت بمفردها مع رجل، وهناك أوقات أخرى «أفاقت» فيها في شقتها، مرتعشة في زاوية، غير قادرة على تذكُّر ما حدث بوضوح.

قالت مارلين أيضًا إنها شعرت كما لو كانت «تخوض فقط» خلال الحياة. باستثناء عندما كانت في النادي تلعب التنس أو في غرفة العمليات، حيث شعرت عادةً بالخدر. قبل بضعة أعوام اكتشفت أنه بإمكانها تخفيف خدرها عن طريق خدش نفسها بشفرة حلاقة، لكنها شعرت بالخوف عندما اكتشفت أنها تجرح نفسها أعمق فأعمق وأكثر فأكثر، للحصول على الراحة. جرَّبت الكحول، أيضًا، لكن ذلك ذكَّرها بوالدها وشربه الخارج عن نطاق السيطرة، ما جعلها تشعر بالاشمئزاز من نفسها. ومن ثَمَّ، بدلًا من ذلك، لعبت التنس بشكل متعصِّب، كلما استطاعت. جعلها هذا تشعر بأنها على قيد الحياة.

عندما سألتُها عن ماضيها، قالت مارلين إنها خمَّنت أنها «يجب أن تكون قد حظيت» بطفولة سعيدة، لكنها لم تتذكر سوى القليل جدًّا قبل سن الثانية عشرة. أخبرتني أنها كانت مراهقة خجولة، حتى دخلت في مواجهة عنيفة مع والدها المدمن على الكحول عندما كانت في السادسة عشرة من عمرها وهربت من المنزل. شقَّت طريقها من خلال كلية مجتمعية وواصلت للحصول على شهادة في التمريض من دون أي مساعدة من والديها. شعرت بالخزي لأنها كانت تقيم علاقات جنسية متعددة خلال هذا الوقت، وهو الأمر الذي وصفته بأنها «كانت تبحث عن الحب في جميع الأماكن الخاطئة».



كما كنت أفعل في كثير من الأحيان مع المرضى الجدد، طلبت منها أن ترسم صورة عائلية، وعندما رأيتها ترسم (الرسمة المستنسخة أعلاه)، قررت أن أمضي ببطء. من الواضح أن مارلين كانت تؤوي بعض الذكريات الرهيبة، لكنها لم تستطِع السماح لنفسها بالتعرف على ما كشفته رسمتها. رسمت طفلًا جامحًا ومذعورًا، محاصرًا في قفص من نوع ما ومهدَّدًا ليس فقط من قِبل ثلاث شخصيات مرعبة ـ إحداها شخصية بلا عينين ـ ولكن أيضًا من قِبل قضيب ضخم منتصب ناتئ في فضائها. ومع ذلك، قالت هذه المرأة إنها «يجب أن تكون قد حظيت» بطفولة سعيدة.

كما كتب الشاعر و. هـ. أودن:

الحقيقة، كالحب والنوم، تستاء
من الأساليب شديدة الحدَّة(١٥٩).

أُسمِّي هذه قاعدة أودن، وتمشيًا معها لم أجبر مارلين عمدًا على إخباري بما تتذكَّره. في الواقع، تعلمت أنه ليس من المهم بالنسبة إليَّ معرفة كل تفاصيل صدمة المريض. المهم هو أن يتعلَّم المرضى أنفسهم تحمُّل الشعور بما يشعرون به ومعرفة ما يعرفونه. قد يستغرق هذا أسابيع أو حتى أعوامًا. قررت أن أبدأ علاج مارلين بدعوتها للانضمام إلى مجموعة علاجية قائمة، حيث يمكنها أن تجد الدعم والقبول قبل مواجهة محرِّك عدم ثقتها، وخزيها، واهتياجها.

كما توقعت، وصلت مارلين إلى أول اجتماع للمجموعة وعليها سمات الخوف الشديد، إلى حد كبير مثل الفتاة الموجودة في صورة عائلتها؛ كانت منسحبة ولم تتواصل مع أي شخص. اخترت لها هذه المجموعة لأن أعضاءها كانوا دائمًا متعاونين ويقبلون الأعضاء الجدد الخائفين جدًّا من الكلام. عرفوا من تجربتهم الخاصة أن عملية فتح الأسرار تدريجية. لكنهم فاجأوني هذه المرة، حيث طرحوا كثيرًا من الأسئلة الاقتحامية حول حياة مارلين العاطفية إلى درجة أني تذكَّرت رسمها للفتاة الصغيرة التي تتعرض للاعتداء. كان الأمر كما لو أن مارلين جنَّدت المجموعة عن غير قصد لتكرار ماضيها الصادم. تدخَّلت لمساعدتها على وضع بعض الحدود حول ما ستتكلم عنه، وبدأت في الاستقرار.

بعد ثلاثة أشهر، أخبرت مارلين المجموعة بأنها تعثرت وسقطت عدة مرات على الرصيف بين مترو الأنفاق ومكتبي. أصابها قلق بأن بصرها قد بدأ يضعف: فقدت أيضًا كثيرًا من كرات التنس مؤخرًا. فكرت مرة أخرى في رسمتها والطفلة الجامحة وعينيها الضخمتين المرعوبتين. هل كان هذا نوعًا من «التفاعل التحويلي»، حيث يعبِّر المرضى عن صراعاتهم من خلال فقدان وظيفة أحد أجزاء أجسامهم؟ عانى العديد من الجنود في كلتا الحربين العالميتين شللًا لا يمكن إرجاعه إلى إصابات جسدية، وقد رأيت حالات «العمى الهستيري» في المكسيك والهند.

ومع ذلك، بوصفي طبيبًا، لم أكن لأستنتج من دون مزيد من التقييم أن هذا «كله يدور في رأسها». أحلتها إلى زملائي في «مستشفى ماساتشوستس للعين والأذن»، وطلبت منهم القيام بفحوصات شاملة. بعد عدة أسابيع، وصلت نتائج الاختبارات. كانت مارلين مصابة بالذئبة الحمامية في شبكية عينها، وهو مرض مناعي ذاتي أدى إلى تآكل بصرها، وستحتاج إلى علاج فوري. شعرت بالارتياع: مارلين كانت الشخص الثالث في ذلك العام الذي أشتبه في أن لديه تاريخًا من نكاح المحارم ويُشخَّص بعد ذلك بمرض مناعة ذاتية، وهو المرض الذي يبدأ فيه الجسم بمهاجمة نفسه.

بعد التأكد من حصول مارلين على الرعاية الطبية المناسبة، تشاورت مع اثنين من زملائي في «مستشفى ماساتشوستس العام»، الطبيبين النفسيين سكوت ويلسون وريتشارد كرادين، اللذين أدارا مختبر المناعة هناك. أخبرتهما بقصة مارلين، وأريتهما الصورة التي رسمتْها، وطلبت منهما التعاون في دراسة. تطوَّعا بسخاء بوقتيهما وبالتكاليف الكبيرة لفحص مناعي كامل. جنَّدنا اثنتي عشرة امرأة لهن تاريخ من نكاح المحارم ولم يكن يتناولن أي أدوية، بالإضافة إلى اثنتي عشرة امرأة لم يتعرَّضن لصدمة ولم يتناولن الأدوية أيضًا ـ وهي مجموعة مقارنة كان العثور عليها صعبًا بشكل غير متوقع. (لم تكن مارلين ضمن هذه الدراسة؛ وعمومًا لا نطلب من مرضانا السريريين أن يكونوا جزءًا من جهودنا البحثية).

عندما اكتملت الدراسة وحُللت البيانات، أفاد ريتش أن مجموعة الناجيات من نكاح المحارم لديها اضطرابات في نسبة الـ«CD45 RA» إلى الـ«RO»، مقارنةً بأقرانهن غير المصابين بصدمات. خلايا الـ«CD45» هي «خلايا الذاكرة» الخاصة بجهاز المناعة. بعضها، والتي تُسمَّى خلايا الـ«RA»، تُنشِّط من خلال تعرُّض سابق للسموم؛ إنها تستجيب بسرعة لتهديدات بيئية واجهتها من قبل. على النقيض من ذلك، يُحتفظ بخلايا الـ«RO» كخلايا

احتياطية لمواجهة التحديات الجديدة؛ تشغله للتعامل مع التهديدات التي لم يواجهها الجسم من قبل. نسبة الـ«RA» إلى الـ«RO» هي التوازن بين الخلايا التي تتعرَّف على السموم والخلايا المعروفة التي تنتظر المعلومات الجديدة لتُنشَّط. في حالة المرضى الذين لديهم تاريخ من نكاح المحارم، تكون نسبة خلايا الـ«RA» الجاهزة للانقضاض أكبر من الطبيعي. هذا يجعل الجهاز المناعي شديد الحساسية للتهديد، بحيث يكون عرضة للدفاع عند عدم الحاجة إلى أي دفاع، حتى عندما يعني ذلك مهاجمة خلايا الجسم نفسه.

أظهرت دراستنا، على مستوى عميق، أن أجسام ضحايا نكاح المحارم تواجه صعوبة في التمييز بين الخطر والأمان. هذا يعني أن بصمة الصدمة الماضية لا تتكون فقط من تصوُّرات مشوهة للمعلومات القادمة من الخارج؛ لدى الجهاز العضوي نفسه أيضًا مشكلة في معرفة كيفية الشعور بالأمان. لا يؤكد الماضي فقط في أذهانهم، وفي التفسيرات الخاطئة للأحداث غير الضارة (كما حدث عندما هاجمت مارلين مايكل لأنه لمسها عن طريق الخطأ في أثناء نومها)، ولكن أيضًا في جوهر كائنيتهم: في أمان أجسامهم[١٦٠].

خريطة مهترئة للعالم

كيف يتعلَّم الناس ما هو آمن وما هو غير آمن، وما هو في الداخل وما هو في الخارج، وما الذي يجب مقاومته وما الذي يمكن استيعابه بأمان؟ أفضل طريقة لفهم تأثير إساءة معاملة الأطفال وإهمالهم هي الإصغاء إلى ما يمكن أن يعلِّمنا إياه أشخاص مثل مارلين. أحد الأشياء التي أصبحت واضحة عندما عرفتها بشكل أفضل هو أن لديها وجهة نظرها الفريدة حول كيفية عمل العالم.

كأطفال، نبدأ الحياة بوصفنا مركز كوننا، حيث نفسر كل ما يحدث من موقع مراقبة متمركز حول الأنا. إذا استمر آباؤنا أو أجدادنا في إخبارنا بأننا

ألطف وألذ شيء في العالم، فإننا لا نشكِّك في حكمهم ـ يجب أن نكون كذلك بالضبط. وفي أعماقنا، بصرف النظر عما نتعلَّمه عن أنفسنا، سنحمل هذا الشعور معنا: أننا رائعون في الأساس. نتيجة لذلك، إذا واعدنا لاحقًا شخصًا وعاملنا معاملة سيئة، فسوف نشعر بالغضب. لن نشعر بالراحة: إن الأمر ليس مألوفًا؛ إنه لا يُشبه ما كنت أشعر به في بيتي. لكن إذا تعرَّضنا للإساءة أو التجاهل في مرحلة الطفولة، أو نشأنا في أسرة حيث تُعامل الجنسانية باشمئزاز، فإن خريطتنا الداخلية تحتوي على رسالة مختلفة. يتسم إحساسنا بأنفسنا بالازدراء والإذلال، ومن المرجح أن نعتقد أنه «يعرف ما أنا عليه حقًّا» ونفشل في الاحتجاج إذا تعرَّضنا لسوء المعاملة.

شكَّل ماضي مارلين وجهة نظرها عن كل علاقة. كانت مقتنعة بأن الرجال لا يهتمون بمشاعر الآخرين وأنهم يفلتون بكل ما يريدون. لا يمكن الوثوق بالنساء أيضًا. فهن أضعف من أن يدافعن عن أنفسهن، وقد يبعن أجسامهن لحمل الرجال على العناية بهن. إذا كنت في مشكلة، فلن يحركن ساكنًا لمساعدتك. تجلَّت هذه النظرة للعالم في الطريقة التي تعاملت بها مارلين مع زملائها في العمل: شكَّت في دوافع أي شخص كان لطيفًا معها وتحدَّت أي شخص يقوم بأدنى انحراف عن لوائح التمريض. أما بالنسبة إليها: فقد رأت نفسها كبذرة سيئة، كشخص سامٍّ بشكل أساسي تسبَّب في حدوث أشياء سيئة لمن حوله.

عندما قابلت مرضى مثل مارلين لأول مرة، كنت أتحدى تفكيرهم وأحاول مساعدتهم على رؤية العالم بطريقة أكثر إيجابية ومرونة. وفي يوم من الأيام، صوَّبتني امرأة تدعى كاثي. وصلت عضوة بإحدى المجموعات في وقت متأخر إلى الجلسة لأن سيارتها تعطَّلت، وألقت كاثي باللوم على نفسها على الفور:

ـ رأيت كيف كانت سيارتك متهالكة الأسبوع الماضي؛ كان يجب أن أعرض عليك توصيلة.

تصاعد نقدها الذاتي إلى درجة أنها، بعد دقائق قليلة فقط، حمَّلت نفسها مسؤولية الاعتداء الجنسي الذي وقع بحقها:

ـ جلبت ذلك على نفسي: كنت في السابعة من عمري وأحببت والدي. أردته أن يحبني، وفعلت ما أراد مني فعله. كان خطئي.

عندما تدخَّلت لطمأنتها، قائلًا:

ـ دعك من هذا، كنت مجرد فتاة صغيرة. كانت مسؤولية والدك الحفاظ على الحدود.

التفتت كاثي نحوي، وقالت:

ـ كما تعلم يا بيسيل، أعرف مدى أهمية أن تكون معالجًا جيدًا، ولذلك عندما تُدلي بتعليقات غبية كهذه، عادةً ما أشكرك بشدة. بعد كل شيء، أنا ناجية من نكاح محارم ـ دُرِّبت على رعاية احتياجات الرجال البالغين غير الآمنين. لكن بعد عامين أثق بك بما يكفي لأخبرك أن هذه التعليقات تجعلني أشعر بالفزع. نعم، هذا صحيح؛ ألوم نفسي غريزيًّا على كل شيء سيئ يحدث لمن حولي. أعرف أن هذا ليس عقلانيًّا، وأشعر بالغباء حقًّا لشعوري بهذه الطريقة، لكني أفعل ذلك. عندما تحاول إقناعي بأن أكون أكثر عقلانية، أشعر فقط بالوحدة والعزلة بشكل أكبر ـ وهذا يؤكد الشعور بأنه لا أحد في العالم بأسره سيفهم أبدًا شعور أن تكون أنا.

شكرتها بصدق على ملاحظاتها، وحاولت منذ ذلك الحين ألا أخبر مرضاي أنه لا ينبغي أن يشعروا بالطريقة التي يشعرون بها. علمتني كاثي أن مسؤوليتي أعمق بكثير: يجب أن أساعدهم على إعادة بناء خريطتهم الداخلية للعالم.

كما ناقشت في الفصل السابق، أظهر باحثو التعلُّق أن القائمين المبكرين على رعايتنا لا يطعموننا، ويلبسوننا، ويريحوننا عندما نكون مستائين فحسب؛ إنهم يشكِّلون الطريقة التي يدرك بها دماغنا سريع النمو الواقع. تنقل تفاعلاتنا مع القائمين على رعايتنا ما هو آمن وما هو خطير: مَن يمكننا

الاعتماد عليه ومَن سيخذلنا؛ ما يتعين علينا فعله لتلبية احتياجاتنا. تتجسَّد هذه المعلومات في الأسس الجوهرية لدوائر دماغنا وتُشكِّل نموذجًا لكيفية تفكيرنا في أنفسنا والعالم من حولنا. هذه الخرائط الداخلية مستقرة بشكل ملحوظ عبر الزمن.

لا يعني هذا، مع ذلك، أن خرائطنا لا يمكن تعديلها بالتجربة. يمكن لعلاقة حب عميقة، خصوصًا خلال فترة المراهقة، عندما يمر الدماغ مجددًا بفترة من التغيير المتسارع جدًّا، أن تغيرنا حقًّا. وكذلك يمكن لولادة طفل أن تفعل ذلك، حيث يعلمنا أطفالنا في كثير من الأحيان كيف نحب. لا يزال بإمكان البالغين الذين تعرَّضوا لسوء المعاملة أو الإهمال وهم أطفال تعلُّم جمال العلاقة الحميمية والثقة المتبادلة أو الحصول على تجربة روحية عميقة تفتحهم على عالم أكبر. في المقابل، يمكن أن تصبح خرائط الطفولة التي لم تكن ملوَّثة من قبل مشوَّهة للغاية بسبب اغتصاب أو اعتداء يحدث لنا كبالغين، بحيث يُعاد توجيه جميع الطرق إلى الرعب أو اليأس. هذه الاستجابات ليست عقلانية وبالتالي لا يمكن تغييرها بمجرد إعادة صياغة المعتقدات غير العقلانية. خرائطنا للعالم مشفَّرة في الدماغ العاطفي، وتغييرها يعني الحاجة إلى إعادة تنظيم ذلك الجزء من الجهاز العصبي المركزي، موضوع قسم العلاج في هذا الكتاب.

ومع ذلك، فإن تعلُّم التعرف على الأفكار والسلوك غير العقلانيين يمكن أن يكون خطوة أولى مفيدة. غالبًا ما يكتشف أشخاص مثل مارلين أن افتراضاتهم تختلف عن افتراضات أصدقائهم. إذا كانوا محظوظين، فسيخبرهم أصدقاؤهم وزملاؤهم بالكلمات، وليس بالأفعال، أن عدم ثقتهم وكراهيتهم لذواتهم يجعلان التعاون أمرًا صعبًا. لكن ذلك نادرًا ما يحدث، وتجربة مارلين نموذجية: بعد أن اعتدت على مايكل، لم يكن لديه أي اهتمام على الإطلاق بحل الأمور، وفقدت صداقته وشريكها المفضل في التنس. في هذه المرحلة، يبدأ الأشخاص الأذكياء والشجعان مثل مارلين،

الذين يحافظون على فضولهم وتصميمهم في مواجهة الهزائم المتكررة، في البحث عن المساعدة.

بشكل عام، يمكن للدماغ العقلاني أن يطغى على الدماغ العاطفي، ما دامت مخاوفنا لا تستحوذ علينا. (على سبيل المثال، يمكن أن يتحول خوفك من توقيف الشرطة لك إلى امتنان على الفور عندما يحذرك الشرطي من وجود حادث في آخر الطريق). لكن في اللحظة التي نشعر فيها بأننا محاصرون، أو مهتاجون، أو مرفوضون، نصبح عرضة لتفعيل الخرائط القديمة واتباع توجيهاتها. يبدأ التغيير عندما نتعلم «امتلاك» أدمغتنا العاطفية. يعني ذلك تعلُّم ملاحظة وتحمُّل الأحاسيس المفطرة للقلب والمؤلمة للمعدة التي تسجل البؤس والإذلال. فقط بعد تعلُّم تحمُّل ما يجري في الداخل يمكننا أن نبدأ في مصادقة المشاعر التي تحافظ على خرائطنا ثابتة وغير قابلة للتغيير، بدلًا من طمسها.

تعلُّم التذكُّر

بعد مرور نحو عام على مجموعة مارلين، طلبت عضوة أخرى، هي ماري، الإذن للكلام عما حدث لها عندما كانت في الثالثة عشرة من عمرها. عملت ماري حارسة سجن، وكانت منخرطة في علاقة سادية مازوخية مع امرأة أخرى. أرادت أن تعرف المجموعة خلفيتها على أمل أن يصبحوا أكثر تسامحًا مع ردود أفعالها المتطرفة، مثل ميلها إلى الانغلاق أو التفجُّر ردًّا على أدنى استفزاز.

كانت ماري تعاني من أجل إخراج الكلمات، وأخبرتنا أنه ذات مساء، عندما كانت في الثالثة عشرة من عمرها، اغتصبها شقيقها الأكبر وعصابة من أصدقائه. أدى الاغتصاب إلى الحمل، وأجهضتها والدتها في المنزل، على طاولة المطبخ. أصغت المجموعة بحساسية إلى ما تشاركه ماري وأشعروها بالراحة خلال بكائها. تأثرتُ بشدة بتعاطفهم ـ كانوا يواسونها

بطريقةٍ لا شك أنهم تمنوا لو واساهم بها أحد عندما واجهوا صدماتهم لأول مرة.

عندما نفد الوقت، سألت مارلين عما إذا كان يمكنها أن تستغرق بضع دقائق أخرى للكلام عما مرت به خلال الجلسة. وافقت المجموعة، وقالت لنا:

ـ عند سماعي هذه القصة، تساءلت عما إذا كنت قد تعرَّضت أنا نفسي للإيذاء الجنسي.

لا شك أن فمي قد انفغر. بناءً على رسمة عائلتها، كنت أفترض دائمًا أنها تدرك، على الأقل على مستوى ما، أن هذه هي الحال. كان رد فعلها رد فعل ضحية نكاح محارم في استجابتها لمايكل، وتصرَفت بشكل مزمن كما لو كان العالم مكانًا مرعبًا.

ومع ذلك، على الرغم من أنها رسمت فتاة تعرضت للتحرش الجنسي، فإنها ـ أو على الأقل ذاتها الإدراكية واللفظية ـ لم تمتلك أي فكرة عما حدث لها بالفعل. تذكَّر نظامها المناعي، وعضلاتها، ونظام الخوف لديها كل شيء، لكن عقلها الواعي كان يفتقر إلى قصةٍ يمكن أن تنقل التجربة. أعادت تمثيل صدمتها في حياتها، لكن لم يكن لديها أي سردية تعود إليها. كما سنرى في الفصل الثاني عشر، تختلف ذاكرة الصدمة بطرق معقدة عن الذاكرة العادية، وتنطوي على طبقات عديدة من العقل والدماغ.

بعد أن أثارتها قصة ماري، ودفعتها الكوابيس التي أعقبت ذلك، بدأت مارلين العلاج الفردي معي حيث شرعت في التعامل مع ماضيها. في البداية، عانت موجات من الرعب الحاد والعائم بشكلٍ حر. حاولَت التوقف لعدة أسابيع، لكن عندما وجدت أنها لم تعد قادرة على النوم واضطرت إلى أخذ إجازة من العمل، واصلت جلساتنا. كما أخبرتني لاحقًا:

ـ معياري الوحيد لمعرفة ما إذا كان الموقف ضارًّا هو الشعور بأن «هذا سيقتلني إذا لم أخرج».

بدأتُ في تعليم مارلين تقنيات التهدئة، مثل التركيز على التنفُّس بعمق ـ

دخولًا وخروجًا، دخولًا وخروجًا، ستة أنفاس في الدقيقة ـ في أثناء متابعة أحاسيس التنفس في جسمها. دُمِجَ هذا مع الضغط على نقاط معينة في الجسم، ما ساعدها على عدم الشعور بالانغمار. عملنا أيضًا على اليقظة الذهنية: تعلُّم إبقاء عقلها حيًّا مع السماح لجسمها بالشعور ببطء بالمشاعر التي شعرت بالرهبة منها، مكَّن مارلين من الوقوف إلى الوراء ومراقبة تجربتها، بدلًا من أن تستحوذ مشاعرها عليها على الفور. كانت قد حاولت أن تلطِّف أو تلغي هذه المشاعر بالكحول وممارسة الرياضة، لكنها بدأت تشعر الآن بالأمان الكافي لتذكُّر ما حدث لها عندما كانت فتاة. عندما اكتسبت ملكية أحاسيسها الجسدية، بدأت أيضًا في التمكُّن من معرفة الفارق بين الماضي والحاضر: الآن إذا شعرت بأن ساقًا تلامسها في الليل، فقد تكون قادرة على التعرف عليها بعدِّها ساق مايكل، ساق شريك التنس الوسيم الذي دعته إلى شقتها. تلك الساق لم تكن مملوكة لأحد، ولم يكن لمسها لها يعني أن هناك من يحاول التحرش بها. كونها هادئة مكَّنها من أن تعرف ـ تمامًا، جسديًّا ـ أنها امرأة في الرابعة والثلاثين من العمر وليست فتاة صغيرة.

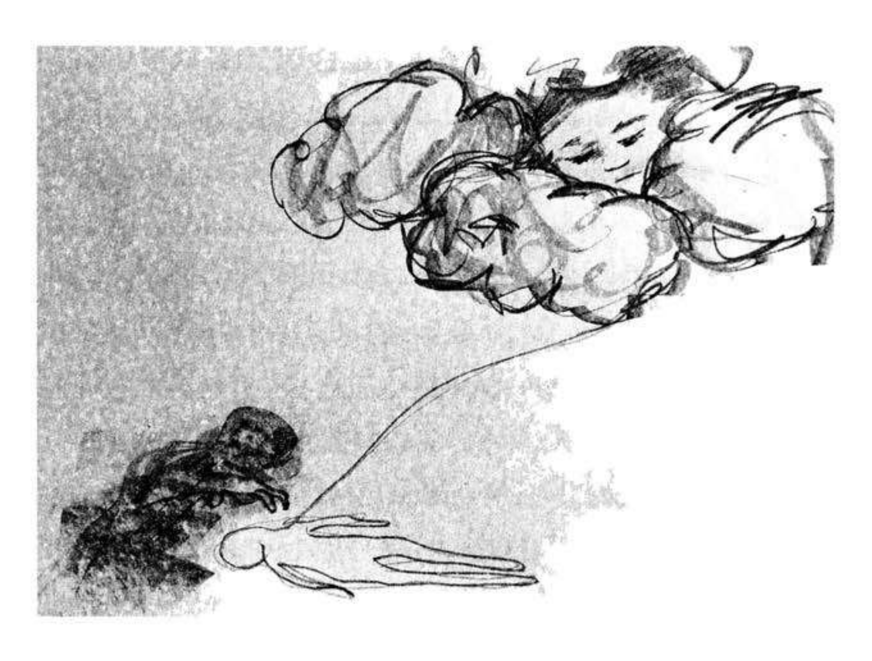
عندما بدأت مارلين أخيرًا في الوصول إلى ذكرياتها، ظهرت في شكل ذكريات مباغتة ولا إرادية لورق حائط غرفة نوم طفولتها. أدركت أن هذا هو ما ركزت عليه عندما كان يغتصبها والدها وهي في الثامنة من عمرها. أخافها تحرشه بما يفوق قدرتها على التحمُّل، ولذلك كانت بحاجة إلى إخراجه من بنك ذاكرتها. بعد كل شيء، كان عليها أن تستمر في العيش مع هذا الرجل، والدها، الذي اعتدى عليها. تذكَّرت مارلين أنها لجأت إلى والدتها للحصول على الحماية، لكن عندما ركضت إليها وحاولت إخفاء نفسها عن طريق دفن وجهها في تنورة والدتها، لم تُقابَل إلا بعناق هزيل. في بعض الأحيان ظلت والدتها صامتة؛ في أحيان أخرى بكت أو وبخت مارلين بغضب لأنها «جعلت أباها غاضبًا للغاية». لم تجد الطفلة المرعوبة من يحميها، أو يوفِّر لها القوة أو المأوى.

كما كتب رولاند سوميت في دراسته الكلاسيكية «متلازمة تكيف الاعتداء الجنسي عند الأطفال» (The Child Sexual Abuse Accommodation Syndrome):

> التلقين، والترهيب، والوصم، والعزلة، والعجز، ولوم الذات كلها أشياء تعتمد على واقع مرعب من الاعتداء الجنسي على الطفل. أي محاولات من قِبل الطفل لإفشاء السر ستُواجَه بمؤامرة صمتٍ وتشكيك من جانب الكبار. «لا تقلق بشأن أشياء من هذا القبيل؛ لا يمكن أن يحدث ذلك أبدًا في عائلتنا». «كيف يمكنك التفكير في مثل هذا الشيء الرهيب؟». «لا تجعلني أسمعك تقول شيئًا كهذا مرة أخرى!». الطفل الاعتيادي لا يَسأل أبدًا ولا يُخبِر أبدًا[١٦١].

بعد أربعين عامًا من القيام بهذا العمل، ما زلت أسمع نفسي بانتظام أقول «هذا أمر لا يصدق» عندما يخبرني المرضى عن طفولتهم. غالبًا ما يكونون مرتابين مثلي ـ كيف يمكن لوالدين أن يمارسا مثل هذا التعذيب والإرهاب بحق أطفالهما؟ يستمر جزء منهم في الإصرار على أنهم يجب أن يكونوا قد اختلقوا التجربة أو أنهم يبالغون بشأنها. كلهم يشعرون بالخزي مما حدث لهم، ويلومون أنفسهم ـ على مستوى ما يعتقدون اعتقادًا راسخًا أن هذه الأشياء الفظيعة قد حدثت لهم لأنهم أناس فظيعون.

بدأت مارلين الآن في استكشاف كيف تعلَّمت الطفلة الضعيفة الانغلاق والامتثال لكل ما يطلب منها. فعلت ذلك بجعل نفسها تختفي: فور سماعها خطى والدها في الممر المؤدي إلى غرفة نومها، «تضع رأسها في السُّحُب». مريضة أخرى عندي لديها تجربة مماثلة رسمت رسمة تصوِّر كيفية عمل هذه العملية. كانت، عندما يبدأ والدها في لمسها، تُخفي نفسها؛ تطفو إلى السقف، ناظرةً إلى أسفل على فتاة صغيرة أخرى في الفراش[١٦٢]. كانت سعيدة لأنها لم تكن هي حقًّا ـ فتاة أخرى هي التي تعرَّضت للتحرش.



إن النظر إلى هذه الرؤوس المفصولة عن أجسامها بواسطة ضباب لا يمكن اختراقه فتح عيني حقًّا على تجربة الانفصال، وهي أمر شائع جدًّا بين ضحايا نكاح المحارم. أدركت مارلين نفسها لاحقًا أنها، بوصفها شخصًا بالغًا، استمرت في الطفو إلى السقف عندما وجدت نفسها في وضع جنسي. في الفترة التي نَشِطَت فيها جنسيًّا بشكل أكبر، كان أحد الشركاء يخبرها من حين إلى آخر كم هي رائعة في الفراش ـ إنه بالكاد تعرَّف عليها، حتى إنها تكلمت بشكل مختلف. عادةً لا تتذكر ما حدث، لكنها في أوقات أخرى أصبحت غاضبة وعدوانية. لم يكن لديها أي إحساس بمن هي جنسيًّا حقًّا، ولذلك انسحبت تدريجيًّا من المواعدة تمامًا ـ حتى قابلت مايكل.

أن تكره بيتك

لا يملك الأطفال اختيار آبائهم، ولا يمكنهم أن يفهموا أن الوالدين قد يكونان ببساطة مكتئبين، أو غاضبين، أو متباعدين للغاية بحيث لا يمكنهما

أن يكونا إلى جانبهم أو أن سلوك والديهم قد لا يكون له علاقة بهم. لا خيار أمام الأطفال سوى تنظيم أنفسهم من أجل النجاة داخل أسرهم. على عكس البالغين، ليست لديهم سلطات أخرى يلجأون إليها للحصول على المساعدة ـ فالسلطات هي آباؤهم. لا يمكنهم استئجار شقة أو الانتقال للعيش مع شخص آخر: إن نجاتهم نفسها تتوقف على القائمين على رعايتهم.

يشعر الأطفال ـ حتى لو لم يُهدَّدوا بشكل صريح ـ بأنهم إذا تحدثوا عن تعرضهم للضرب أو التحرش إلى معلميهم فسوف يعاقبون. بدلًا من ذلك، يركِّزون طاقتهم على عدم التفكير فيما حدث وعدم الشعور ببقايا الرعب والذعر في أجسامهم. ولأنهم لا يستطيعون تحمُّل معرفة ما مروا به، فإنهم أيضًا لا يستطيعون فهم أن غضبهم، أو رعبهم، أو انهيارهم له علاقة بتلك التجربة. لا يتكلمون؛ يتصرَّفون ويتعاملون مع مشاعرهم من خلال الاهتياج، أو الانغلاق، أو الانصياع، أو التحدي.

الأطفال مبرمجون، أيضًا، ليكونوا مخلصين بشكل أساسي للقائمين على رعايتهم، حتى لو تعرضوا للإيذاء على أيديهم. يزيد الإرهاب من الحاجة إلى التعلُّق، حتى لو كان مصدر الراحة هو أيضًا مصدر الرعب. لم ألتقِ قَطُّ طفلًا دون سن العاشرة تعرَّض للتعذيب في البيت (ودلَّ على ذلك كسر عظامه وحرق جلده) ولم يكن ليختار، إذا أتيحت له الفرصة، البقاء مع أسرته بدلًا من وضعه في دار رعاية. بالطبع، التشبُّث بالمعتدي لا يقتصر على الطفولة. هناك رهائن دفعوا كفالة لآسريهم، أو أعربوا عن رغبتهم في الزواج بهم، أو أقاموا علاقات جنسية معهم؛ غالبًا ما تتستَّر النساء من ضحايا العنف المنزلي على من يسيء إليهن. كثيرًا ما يخبرني القضاة عن مدى شعورهم بالإهانة عندما يحاولون حماية النساء من ضحايا العنف المنزلي من خلال إصدار أوامر تقييدية، فقط ليكتشفوا أن الكثيرات منهن يسمحن سرًّا لشركائهن بالعودة.

استغرق الأمر وقتًا طويلًا من مارلين قبل أن تكون مستعدة للكلام

عن الاعتداء الذي تعرَّضت له: لم تكن مستعدة لانتهاك ولائها لعائلتها ـ شعرت في أعماقها بأنها لا تزال بحاجة إليهم لحمايتها من مخاوفها. ثمن هذا الولاء هو مشاعر الوحدة واليأس التي لا تطاق والاهتياج الحتمي من العجز. الاهتياج الذي ليس له مكان يذهب إليه يوجَّه ضد الذات، في شكل اكتئاب، وكراهية ذاتية، وأفعال مدمِّرة للذات. أخبرني أحد مرضاي:

ـ يُشبه الأمر كرهك لبيتك، ومطبخك، وقدورك، ومقاليك، وفراشك، وكراسيك، وطاولتك، وسجادك.

لا شيء يُشعِر بالأمان ـ وأقل شيء جسمك.

يُعدُّ تعلُّم الثقة تحديًا رئيسيًّا. أرسلت إليَّ مريضة أخرى، وهي معلِّمة بمدرسة اغتصبها جدها مرارًا وتكرارًا قبل أن تبلغ السادسة من عمرها، البريد الإلكتروني التالي:

> بدأت أفكر مليًّا في خطر الانفتاح معك في زحمة السير في الطريق إلى البيت بعد موعد العلاج الخاص بنا، ثم، عندما اندمجت في الطريق ١٢٤، أدركت أنني قد انتهكت قاعدة عدم التعلُّق، بك وبطلابي.

أخبرتني خلال اجتماعنا التالي أنها تعرَّضت للاغتصاب على يد معلِّم المختبر في الكلية. سألتها عما إذا كانت قد طلبت المساعدة وقدمت شكوى ضده. أجابت:

ـ لم أستطِع أن أجبر نفسي على عبور الطريق إلى العيادة. كنت في حاجة ماسَّة إلى المساعدة، لكن عندما وقفت هناك، شعرت بعمق شديد بأني سأتأذَّى أكثر. وقد يكون هذا صحيحًا. بالطبع، كان عليَّ إخفاء ما حدث عن والدَي ـ وعن أي شخص آخر.

بعد أن أخبرتها أني قَلِق بشأن ما يجري معها، كتبت إليَّ بريدًا إلكترونيًّا آخر:

> أحاول تذكير نفسي بأني لم أفعل أي شيء لأستحق مثل هذه المعاملة. لا أعتقد أنه قد سبق أن نظر إليَّ أي شخص بهذه الطريقة وقال إنه قَلِق

بشأني، وأنا أتمسَّك بذلك تمسُّكي بكنز: فكرة أني أستحق القلق من شخص أحترمه ويفهم كم أعاني بعمق الآن.

من أجل معرفة من نحن ـ للحصول على هوية ـ يجب أن نعرف (أو على الأقل نشعر بأننا نعرف) ما هو «حقيقي» وما كان «حقيقيًّا». يجب أن نلاحظ ما نراه من حولنا وأن نسمِّيه بشكل صحيح؛ يجب أن نكون قادرين أيضًا على الوثوق بذكرياتنا، وأن نكون قادرين على روايتها بعيدًا عن خيالنا. يُعدُّ فقدان القدرة على التميز بين هذه الفروق إحدى العلامات على ما أسماه المحلل النفسي ويليام نيدرلاند «قتل الروح». غالبًا ما يكون محو الوعي وزرع الإنكار ضروريين للبقاء، لكن الثمن هو أنك تفقد من أنت، وما تشعر به، وماذا ومن يمكنك الوثوق به[١٦٣].

إعادة تشغيل الصدمة

جاءت ذكرى من صدمة طفولة مارلين في شكل حلم شعرت فيه كما لو كانت تُخنق وغير قادرة على التنفس. لُفَّت منشفة بيضاء حول يديها، ثم رُفِعَت هي مع وضع المنشفة حول رقبتها حتى لا تتمكن من لمس الأرض بقدميها. استيقظت في حالة من الذعر، معتقدة أنها ستموت بالتأكيد. ذكَّرني حلمها بالكوابيس التي أخبرني بها قدامى المحاربين: رؤية صور دقيقة وواضحة تمامًا لوجوه وأجزاء جسم رأوها في المعركة. كانت هذه الأحلام مرعبةً إلى درجة أنهم حاولوا عدم النوم في الليل؛ فقط قيلولة خلال النهار، والتي لا ترتبط بالكمائن الليلية، أشعرتهم بالأمان جزئيًّا.

خلال هذه المرحلة من العلاج، غُمرت مارلين مرارًا وتكرارًا بالصور والأحاسيس المتعلقة بالحلم الخانق. تذكَّرت جلوسها في المطبخ طفلةً في الرابعة من عمرها، منتفخة العينين، متألمة الرقبة، مدمَّاة الأنف، بينما يضحك عليها والدها وشقيقها ويصفانها بالفتاة الغبية، الغبية. ذكرت مارلين ذات يوم:

ـ بينما كنت أغسل أسناني الليلة الماضية، انتابتني مشاعر التعرُّض لضرب

مبرح. كنت مثل سمكة خارج الماء، أدير جسمي بعنف وأنا أحارب نقص الهواء. بكيت واختنقت وأنا أنظف أسناني. كان الذعر يتصاعد من صدري مع شعور بوجود ضرب مبرح. اضطررت إلى استخدام كل قدر من القوة حتى لا أصرخ، «لا لا لا لا لا لا»، بينما أقف عند الحوض. ذهبت إلى الفراش ونامت، لكنها استيقظت مثل عقارب الساعة كل ساعتين خلال بقية الليل.

لا تُخزَّن الصدمة كسردية لها بداية، ووسط، ونهاية منظَّمة. كما سأناقش بالتفصيل في الفصلين الحادي عشر والثاني عشر، تعود الذكريات في البداية كما فعلت مع مارلين: كذكريات مباغتة ولا إرادية تحتوي على أجزاء من التجربة، صور، وأصوات، وأحاسيس جسدية معزولة ليس لها سياق في البداية سوى الخوف والذعر. عندما كانت مارلين طفلة، لم يكن لديها أي وسيلة لإعطاء صوت لما لا يوصف، ولم يكن ذلك ليُحدث أي فارق على أي حال ـ فما من أحد كان يصغي.

مثل العديد من الناجيات من إساءة المعاملة في الطفولة، قدمت مارلين مثالًا على قوة طاقة الحياة، رغبة المرء في العيش وامتلاك حياته، الطاقة التي تتصدى لإفناء الصدمة لنا. أدركتُ تدريجيًا أن الشيء الوحيد الذي يجعل الشفاء من الصدمة ممكنًا هو إجلال التفاني في النجاة الذي مكَّن مرضاي من تحمُّل تعرُّضهم لإساءة المعاملة ومن ثَمَّ تحمُّل ليالي الروح المظلمة التي تحدث لا محالة في الطريق إلى التعافي.

الفصل التاسع

ما علاقة الحب بذلك؟

«التلقين، والترهيب، والوصم، والعزلة، والعجز، ولوم الذات كلها أشياء تعتمد على واقع مرعب من الاعتداء الجنسي على الطفل. أي محاولات من قِبل الطفل لإفشاء السر ستُواجه بمؤامرة صمتٍ وتشكيك من جانب الكبار. «لا تقلق بشأن أشياء من هذا القبيل؛ لا يمكن أن يحدث ذلك أبدًا في عائلتنا». «كيف يمكنك التفكير في مثل هذا الشيء الرهيب؟». «لا تجعلني أسمعك تقول شيئًا كهذا مرة أخرى!». الطفل الاعتيادي لا يَسأل أبدًا ولا يُخبِر أبدًا».

– رولاند سوميت، «متلازمة تكييف الاعتداء الجنسي عند الأطفال»

كيف ننظم تفكيرنا فيما يتعلَّق بأفراد مثل مارلين وماري وكاثي، وماذا يمكننا أن نفعل لمساعدتهم؟ الطريقة التي نُحدِّد بها مشكلاتهم، تشخيصنا، ستحدِّد كيفية مقاربتنا لرعايتهم. يتلقى مثل هؤلاء المرضى عادةً خمسة أو ستة تشخيصات مختلفة غير مرتبطة في سياق علاجهم النفسي. إذا ركَّز أطباؤهم على تقلباتهم المزاجية، فسيُشخَّصون على أنهم ثنائيو القطب ويوصف لهم «الليثيوم» أو «الفالبروات». إذا كان يأسهم أكثر ما يلفت نظر المحترفين، فسيُخبَرون بأنهم يعانون اكتئابًا شديدًا وتوصف لهم مضادات اكتئاب. إذا ركز الأطباء على تململهم وقلة انتباههم، فقد يصنَّفون كمصابين

باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه ويعالجون بـ«الريتالين» أو محفِّزات أخرى. وإذا حدث أن أخذ طاقم العيادة تاريخ الصدمة، وتطوَّع المريض بالفعل بالمعلومات ذات الصلة، فقد يتلقَّى تشخيص اضطراب كرب ما بعد الصدمة. لن يكون أيٌّ من هذه التشخيصات بعيدًا عن الصواب تمامًا، ولن يبدأ أيٌّ منها في وصف من هم هؤلاء المرضى وما الذي يعانون منه بشكل له معنى.

يطمح الطب النفسي، بعدِّه تخصصًا فرعيًّا من الطب، إلى تحديد المرض العقلي بالدقة نفسها التي يحدد بها، على سبيل المثال، سرطان البنكرياس، أو عدوى الرئة بالمكورات العقدية. ومع ذلك، بالنظر إلى تعقيد العقل، والدماغ، وأنظمة التعلُّق البشري، لم نقترب حتى من تحقيق هذا النوع من الدقة. إن فهم ما «الخطأ» في الأشخاص حاليًّا هو مسألة تتعلَّق بعقلية الممارس (وما ستدفع من أجله شركات التأمين) أكثر من كونه مسألة حقائق موضوعية يمكن التحقُّق منها.

حدثت أول محاولة جادة لإنشاء دليل منهجي للتشخيصات النفسية في عام ١٩٨٠، مع إصدار الطبعة الثالثة من «الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية»، القائمة الرسمية لجميع الأمراض العقلية المعترف بها من قِبل «الجمعية الأمريكية للطب النفسي». حذرت مقدمة الدليل صراحةً من أن فئاتها ليست دقيقة بما يكفي لتُستخدم في إعدادات الطب الشرعي أو لأغراض التأمين. ومع ذلك فقد أصبح الدليل تدريجيًّا أداة ذات قوة هائلة: تطلب شركات التأمين تشخيصًا من الدليل للتعويض، وحتى وقت قريب كان كل تمويل الأبحاث يعتمد على تشخيصات الدليل، وتُنظَّم البرامج الأكاديمية حول فئات الدليل. وجدت تسميات الدليل طريقها سريعًا إلى الثقافة الأكبر أيضًا. يعرف الملايين من الناس أن توني سوبرانو عانى نوبات الفزع والاكتئاب، وأن كاري ماتيسون في «الوطن» (Homeland) عانت اضطراب ثنائي القطب. أصبح الدليل صناعة افتراضية أكسبت «الجمعية

الأمريكية للطب النفسي» أكثر من ١٠٠ مليون دولار[١٦٤]. السؤال هو: هل قدم فوائد مماثلة للمرضى الذين من المفترض أن يخدمهم؟

للتشخيص النفسي عواقب وخيمة: التشخيص يُعلِم العلاج، والحصول على العلاج الخاطئ يمكن أن تكون له آثار كارثية. أيضًا، من المحتمل أن ترتبط التسمية التشخيصية بالأشخاص لبقية حياتهم، ويكون لها تأثير عميق في كيفية تعريفهم لأنفسهم. قابلت عددًا لا يحصى من المرضى الذين أخبروني «أنهم» ثنائيو القطب أو شخصيات حدِّية أو أن «لديهم» اضطراب كرب ما بعد الصدمة، كما لو كان قد حُكم عليهم بالبقاء في زنزانة تحت الأرض لبقية حياتهم، مثل كونت مونت كريستو.

لا يأخذ أيٌّ من هذه التشخيصات في الحسبان المواهب غير العادية التي يطوِّرها العديد من مرضانا أو الطاقات الإبداعية التي يحشدونها للنجاة. غالبًا ما تكون التشخيصات مجرد تعداد للأعراض، ما يجعل مريضات مثل مارلين وكاثي وماري يُنظر إليهن على الأرجح على أنهن نساء خارج نطاق السيطرة ويحتجن إلى تقويم.

يعرِّف القاموسُ التشخيصَ بأنه «أ. فعل أو عملية تعريف أو تحديد طبيعة وسبب المرض أو الإصابة من خلال تقييم تاريخ المريض، والفحص، ومراجعة البيانات المختبرية. ب. الرأي المستمد من مثل هذا التقييم»[١٦٥]. في هذا الفصل، والذي يليه، سأناقش الهوة بين التشخيصات الرسمية وما يعانيه مرضانا بالفعل، وأناقش كيف حاولتُ أنا وزملائي تغيير الطريقة التي يُشخَّص بها المرضى الذين يعانون تواريخ صدمة مزمنة.

كيف نأخذ تاريخ الصدمة؟

في عام ١٩٨٥ بدأت أتعاون مع الطبيبة النفسية جوديث هيرمان، التي نُشر كتابها الأول، «نكاح المحارم بين الأب وابنته» (*Father-Daughter Incest*)، مؤخرًا. كنا نعمل في «مستشفى كامبريدج» (أحد مستشفيات جامعة هارفارد

التعليمية)، وشاركنا الاهتمام بكيفية تأثير الصدمة في حياة مرضانا، وبدأنا في الاجتماع بانتظام ومقارنة الملاحظات. أدهشنا عدد مرضانا الذين شُخِّصوا باضطراب الشخصية الحدِّية أخبرونا بقصص مرعبة عن طفولتهم. يتميز اضطراب الشخصية الحدِّية بعلاقات متشبِّثة ولكن غير مستقرة للغاية، وتقلبات مزاجية شديدة، وسلوك مدمِّر للذات، بما في ذلك تشويه الذات ومحاولات الانتحار المتكررة. من أجل الكشف عما إذا كانت هناك بالفعل علاقة بين صدمة الطفولة واضطراب الشخصية الحدِّية، قمنا بتصميم دراسة علمية رسمية وأرسلنا اقتراح منحة إلى «المعاهد الوطنية للصحة». ورُفِض.

غير عابثين، قررنا أنا وجودي تمويل الدراسة بنفسينا، ووجدنا حليفًا في كريس بيري، مدير الأبحاث في «مستشفى كامبريدج»، الذي موِّل من قِبل «المعهد الوطني للصحة العقلية» لدراسة اضطراب الشخصية الحدِّية والتشخيصات الأخرى المجاورة بقرب، ما يسمَّى بـ«اضطرابات الشخصية»، في مرضى جُنِّدوا من «مستشفى كامبريدج». جمع كميات كبيرة من البيانات القيمة حول هذه الموضوعات لكنه لم يستفسر قَطُّ عن إساءة المعاملة والإهمال في الطفولة. على الرغم من أنه لم يخفِ شكوكه بشأن اقتراحنا، فقد كان كريمًا جدًّا معنا ورتَّب لنا مقابلات مع خمسة وخمسين مريضًا من قسم العيادات الخارجية بالمستشفى، ووافق على مقارنة نتائجنا مع السجلات الموجودة في قاعدة البيانات الكبيرة التي كان قد جمعها بالفعل.

السؤال الأول الذي واجهته أنا وجودي هو: كيف تأخذ تاريخ الصدمة؟ لا يمكنك أن تسأل المريض مباشرة: «هل تعرَّضت للتحرش عندما كنت طفلة؟» أو «هل كان والدك يضربك؟». كم شخصًا سيثق بشخص غريب تمامًا ويمنحه مثل هذه المعلومات الحساسة؟ مع أخذنا في الحسبان أن الناس بصورة شاملة يشعرون بالخزي من الصدمة التي تعرضوا لها، صمَّمنا أداة مقابلة، «استبيان السوابق الصادمة»[١٦٦]. بدأت المقابلة بسلسلة من الأسئلة البسيطة: «أين تعيش ومع مَن؟»، و«مَن يدفع الفواتير ومَن يقوم

بالطبخ والتنظيف؟». وتقدمتُ تدريجيًا إلى أسئلة كاشفة بشكل أكبر: «على مَن تعتمد في حياتك اليومية؟» كما هي الحال في: عندما تكون مريضًا، من الذي يتسوق لك أو يأخذك إلى الطبيب؟ «إلى مَن تتكلم عندما تكون مستاءً؟». بمعنى آخر، من يقدم لك الدعم العاطفي والعملي؟ قدم لنا بعض المرضى إجابات مفاجئة: «كلبي» أو «معالجي» ـ أو «لا أحد».

ثم طرحنا أسئلة مماثلة حول طفولتهم: مَن عاش في المنزل؟ كم مرة انتقلتم؟ مَن كان مقدم الرعاية الأساسي بالنسبة إليك؟ أبلغ العديد من المرضى عن عمليات انتقال متكررة تطلَّبت منهم تغيير المدارس في منتصف العام. كان لدى العديد منهم مقدمو رعاية أساسيون ذهبوا إلى السجن، أو أُودِعوا في مستشفى للأمراض العقلية، أو انضموا إلى الجيش. وانتقل آخرون من دار رعاية إلى دار رعاية أو عاشوا مع مجموعة مختلفة من الأقارب.

تناول القسم التالي من الاستبيان علاقات من الطفولة: «مَن في عائلتك كان حنونًا عليك؟». «مَن عاملك كشخص مميز؟». أُتبع ذلك بسؤال حاسم ـ على حد علمي، لم يُطرح من قبل في دراسة علمية: «هل كان هناك أي شخص شعرت بالأمان معه في أثناء نشأتك؟». واحد من كل أربعة مرضى قابلناهم لم يتذكَّر أي شخص شعر بالأمان معه في الطفولة. كتبنا «لا أحد» في أوراق العمل الخاصة بنا ولم نُعلِّق، لكننا فوجئنا. تخيل أنك طفل وليس لديك مصدر أمان، وتشق طريقك إلى العالم غير محمي وغير مرئي.

تتابعت الأسئلة: «مَن كان يضع القواعد في المنزل ويفرض الانضباط؟». «كيف كان الأطفال يؤدَّبون ـ من خلال الكلام، التوبيخ، الصفع، الضرب، الحبس؟». «كيف حل والداك خلافاتهما؟». بحلول ذلك الوقت، كانت البوابات مفتوحة عادةً، وكان العديد من المرضى يتطوَّعون بتقديم معلومات مفصَّلة عن طفولتهم. شاهدت امرأةٌ أختها الصغيرة تتعرَّض للاغتصاب؛ أخبرتنا أخرى أنها مرَّت بتجربتها الجنسية الأولى في سن الثامنة ـ مع جدها. أبلغ رجال ونساء عن استلقائهم مستيقظين ليلًا وهم يستمعون إلى تحطُّم

الأثاث وصراخ الوالدين؛ نزل شابٌّ إلى المطبخ فوجد والدته ملقاة في بركة من الدماء. تحدث آخرون عن عدم اصطحابهم من المدرسة الابتدائية أو عودتهم إلى البيت والعثور على المنزل فارغًا وقضاء الليل بمفردهم. تعلَّمت امرأة أصبحت طاهية إعداد وجبات الطعام لعائلتها بعد أن سُجنت والدتها بتهمة تتعلَّق بالمخدرات. كانت أخرى في التاسعة من عمرها عندما أمسكت بمقود السيارة وثبَّتته لأن والدتها المخمورة كانت تنحرف على طريقٍ سريع من أربع حارات خلال ساعة الذروة.

لم يكن لدى مرضانا خيار الفرار أو الهروب؛ لم يكن لديهم من يلجأون إليه ولا مكان للاختباء. ومع ذلك، كان عليهم بطريقة ما إدارة رعبهم ويأسهم. ذهبوا على الأرجح إلى المدرسة في صباح اليوم التالي وحاولوا التظاهر بأن كل شيء على ما يرام. أدركت أنا وجودي أن مشكلات مجموعة اضطراب الشخصية الحدِّية ـ الانفصال، والتشبُّث اليائس بمن قد يُجنَّد للمساعدة ـ ربما بدأت كطرق للتعامل مع المشاعر العارمة والوحشية التي لا مفر منها.

بعد المقابلات التي أجريناها التقينا أنا وجودي لتشفير إجابات مرضانا ـ أي لترجمتها إلى أرقام لتحليلها على الكمبيوتر، ثم جمعها كريس بيري مع المعلومات الشاملة عن هؤلاء المرضى التي خزَّنها على جهاز الكمبيوتر الرئيسي في جامعة هارفارد. في صباح أحد أيام السبت من شهر أبريل، ترك لنا رسالة تطلب منَّا الحضور إلى مكتبه. هناك وجدنا كومة ضخمة من الأوراق المطبوعة، التي وضع كريس فوقها رسمًا كاريكاتوريًّا لجاري لارسون يظهر فيه مجموعة علماء يدرسون الدلافين وفي حيرة من «أصوات «أو بلاه إس سبان يول» الغريبة». أقنعته البيانات أنه ما لم تفهم لغة الصدمة وسوء المعاملة، فلا يمكنك حقًّا فهم اضطراب الشخصية الحدِّية.

كما ذكرنا لاحقًا في «المجلة الأمريكية للطب النفسي»، فإن ٨١ في المائة من المرضى الذين شُخِّصوا باضطراب الشخصية الحدِّية في «مستشفى كامبريدج» أبلغوا عن تاريخ شديد من إساءة المعاملة و/ أو الإهمال في

الطفولة؛ عند الغالبية العظمى بدأت الإساءة قبل سن السابعة(١٦٧). كانت هذه النتيجة مهمة بشكل خاص لأنها أشارت إلى أن تأثير الإساءة يعتمد، جزئيًّا على الأقل، على العمر الذي تبدأ فيه. أظهر بحث لاحق أجراه مارتن تيشر في «مستشفى ماكلين» أن الأشكال المختلفة من الإساءة لها تأثيرات مختلفة على مناطق الدماغ المختلفة في مراحل التطور المختلفة(١٦٨). على الرغم من أن العديد من الدراسات كرَّرت النتائج التي توصلنا إليها منذ ذلك الحين(١٦٩)، فإنني ما زلت أحصل بانتظام على أوراق علمية لمراجعتها تقول أشياء مثل «افترِضَ أن المرضى الحدِّيين قد تكون لديهم تواريخ من الصدمة في مرحلة الطفولة». متى تصبح الفرضية حقيقة مثبتة علميًّا؟

من الواضح أن دراستنا دعمت استنتاجات جون بولبي.

> عندما يشعر الأطفال بالغضب أو الذنب على نطاق واسع أو يخافون بشكل مزمن من التخلي عنهم، فإنهم يمرُّون بمثل هذه المشاعر بأمانة؛ هذا بسبب التجربة. عندما يخشى الأطفال، على سبيل المثال، التخلي عنهم، فإن ذلك لا يُعدُّ بمنزلة رد فعل مضاد لدوافعهم الجوهرية للقتل؛ بدلًا من ذلك، من الأرجح أنه قد تمَّ التخلي عنهم جسديًّا أو نفسيًّا، أو تهديدهم مرارًا وتكرارًا بالتخلي عنهم. عندما يمتلئ الأطفال بالاهتياج بشكل واسع، يكون ذلك بسبب الرفض أو المعاملة القاسية. عندما يعاني الأطفال صراعًا داخليًّا حادًّا فيما يتعلق بمشاعرهم الغاضبة، فمن المحتمل أن يكون ذلك لأن التعبير عنها قد يكون ممنوعًا أو حتى خطيرًا.

لاحظ بولبي أنه عندما يتعين على الأطفال أن يتبرَّأوا من التجارب القوية التي مروا بها، فإن هذا يخلق مشكلات خطيرة، بما في ذلك «عدم الثقة المزمن بالآخرين، وتثبيط الفضول، وعدم الثقة بحواسهم، والميل إلى النظر إلى كل شيء على أنه غير واقعي»(١٧٠). وكما سنرى، هذا له آثار مهمة في العلاج.

وسَّعت دراستنا تفكيرنا إلى ما هو أبعد من تأثير أحداث مروعة معينة،

تركيز تشخيص اضطراب كرب ما بعد الصدمة، للنظر في الآثار طويلة المدى للوحشية والإهمال في علاقات تقديم الرعاية. كما أثارت سؤالًا مهمًّا آخر: ما العلاجات الفعَّالة للأشخاص الذين لديهم تاريخ من سوء المعاملة، ولا سيما أولئك الذين يشعرون برغبة مزمنة في الانتحار ويؤذون أنفسهم عمدًا؟

إيذاء النفس

في أثناء تدريبي استُدعيت من فراشي في قرابة الثالثة صباحًا ثلاث ليالٍ متتالية لخياطة امرأة كانت تجرح رقبتها بأي شيء حاد يمكن أن تضع يديها عليه. أخبرتني، وهي شاعرة بالانتصار إلى حد ما، بأن جرح نفسها جعلها تشعر بتحسن كبير. منذ ذلك الحين، صرت أسأل نفسي لماذا. لماذا يتعامل بعض الناس مع الشعور بالضيق من خلال لعب ثلاث مجموعات من التنس، أو شرب «المارتيني» الجاف، بينما يجرح البعض الآخر أذرعهم بشفرات الحلاقة؟ أظهرت دراستنا أن وجود تاريخ من الاعتداء الجنسي والجسدي في مرحلة الطفولة يُعدُّ مؤشرًا قويًّا على محاولات الانتحار المتكررة وجرح النفس[١٧١]. تساءلت عما إذا كانت أفكارهم الانتحارية قد بدأت عندما كانوا صغارًا جدًّا وما إذا كانوا قد وجدوا الراحة في التخطيط للهروب من خلال الأمل في الموت أو إلحاق الضرر بأنفسهم. هل يبدأ إلحاق الأذى بالنفس كمحاولة يائسة لاكتساب بعض الإحساس بالسيطرة؟

تحتوي قاعدة بيانات كريس بيري على معلومات متابعة حول جميع المرضى الذين عولجوا في العيادات الخارجية بالمستشفى، بما في ذلك تقارير عن الميول الانتحارية والسلوك المدمِّر للذات. بعد ثلاثة أعوام من العلاج تحسَّن ما يقرب من ثلثَي المرضى بشكل ملحوظ. كان السؤال الآن: من هم أعضاء المجموعة الذين استفادوا من العلاج ومن الذين استمروا في الشعور بالرغبة في الانتحار والتدمير الذاتي؟ مقارنة سلوك المرضى المستمر مع مقابلات «استبيان السوابق الصادمة» قدَّمت بعض الإجابات.

أخبرنا المرضى الذين ظلوا مدمِّرين لأنفسهم أنه ما من ذكرى لديهم بالشعور بالأمان مع أي شخص عندما كانوا أطفالًا؛ أبلغوا عن التخلي عنهم، ونقلهم من مكان إلى آخر، وتركهم بشكل عام لأجهزتهم الخاصة.

استنتجتُ أنه إذا كنت تحمل ذكرى أنك شعرت بالأمان مع شخص ما قبل فترة طويلة، فيمكن إعادة تنشيط آثار تلك المودَّة السابقة في العلاقات المتناغمة عندما تكون بالغًا، سواء حدث ذلك في الحياة اليومية أو في العلاج الجيد. ومع ذلك، إذا كنت تفتقر إلى ذاكرة عميقة للشعور بالحب والأمان، فإن المستقبلات الموجودة في الدماغ التي تستجيب للُّطف البشري قد تفشل ببساطة في التطوُّر[١٧٢]. إذا كان الأمر كذلك، فكيف يمكن للناس أن يتعلَّموا تهدئة أنفسهم والشعور بالارتكاز في أجسامهم؟ مرة أخرى، هذا له آثار مهمة بالنسبة إلى العلاج، وسأعود إلى هذا السؤال في الجزء الخامس، حول العلاج.

عدم دقة مسمَّيات الطب النفسي

أكدت دراستنا أيضًا أن هناك من بين السكان المصابين بصدمات مجموعة مختلفة تمامًا عن الجنود المقاتلين وضحايا الحوادث الذين وُضِع تشخيص اضطراب كرب ما بعد الصدمة لهم. أشخاص مثل مارلين وكاثي، وكذلك المرضى الذين درستهم أنا وجودي، وأطفال العيادة الخارجية في «مركز ماساتشوستس للصحة العقلية» الذين وصفتهم في الفصل السابع، لا يتذكرون بالضرورة الصدمات التي تعرَّضوا لها (أحد معايير تشخيص اضطراب كرب ما بعد الصدمة) أو على الأقل ليسوا منشغلين بذكريات محدَّدة عن تعرُّضهم لإساءة المعاملة، لكنهم يستمرون في التصرف كما لو كانوا لا يزالون في خطر. ينتقلون من تطرف إلى آخر؛ يجدون صعوبة في التركيز في المهمَّات التي عليهم القيام بها، يهاجمون أنفسهم والآخرين باستمرار. تتداخل مشكلاتهم إلى حد ما مع مشكلات الجنود المقاتلين،

لكنها أيضًا تختلف جدًّا من حيث إن صدمة طفولتهم منعتهم من تطوير بعض القدرات العقلية التي كان يمتلكها الجنود البالغون قبل حدوث الصدمات التي تعرَّضوا لها.

بعد أن أدركنا ذلك، ذهبت مجموعة منا[١٧٣] لرؤية روبرت سبيتزر، الذي، بعد أن قاد تطوير الطبعة الثالثة من «الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية»، كان بصدد مراجعة الدليل. أصغى باهتمام إلى ما قلناه. أخبرنا أنه من المرجح أن يطوِّر الأطباء الذين يقضون أيامهم في علاج مجموعة معينة من المرضى خبرةً كبيرةً في فهم ما يعاني منه هؤلاء المرضى. اقترحَ أن نقوم بدراسة، ما يسمَّى بالتجربة الميدانية، لمقارنة مشكلات مجموعات مختلفة من الأفراد المصابين بصدمات[١٧٤]. جعلني سبيتزر مسؤولًا عن المشروع. أولًا طوَّرنا مقياس تصنيف يضم جميع أعراض الصدمات المختلفة التي أبلغ عنها في الأدبيات العلمية، ثم أجرينا مقابلات مع ٥٢٥ مريضًا بالغًا في خمسة مواقع في جميع أنحاء البلاد لمعرفة ما إذا كانت مجموعات سكانية معينة تعاني من مجموعات مختلفة من المشكلات. وقد انقسم السكان الذين عملنا عليهم إلى ثلاث مجموعات: أولئك الذين لديهم تواريخ من الاعتداء الجسدي أو الاعتداء الجنسي في طفولتهم على يد مقدمي الرعاية؛ وضحايا العنف المنزلي حديثًا؛ والأشخاص الذين مرُّوا مؤخرًا بكارثة طبيعية.

كانت هناك اختلافات واضحة بين هذه المجموعات، ولا سيما هؤلاء الموجودين على نقيضَي الطيف: ضحايا إساءة المعاملة في الطفولة والبالغون الذين نجوا من الكوارث الطبيعية. غالبًا ما كان البالغون الذين تعرضوا للإيذاء كأطفال يعانون صعوبة في التركيز، واشتكوا من كونهم دائمًا في حالة توتر، وكانوا مليئين بكراهية الذات. واجهوا مشكلة كبيرة في التعاطي بشكل تفاوضي مع العلاقات الحميمية، وغالبًا ما انحرفوا من التورط الجنسي العشوائي، عالي الخطورة، وغير المُرضي إلى الانغلاق الجنسي التام. لديهم

أيضًا فجوات كبيرة في ذاكرتهم، وغالبًا ما ينخرطون في سلوكيات مدمِّرة للذات، ولديهم مجموعة من المشكلات الطبية. كانت هذه الأعراض نادرة نسبيًّا لدى الناجين من كوارث طبيعية.

كان لكل تشخيص رئيسي في الدليل مجموعة عمل مسؤولة عن اقتراح مراجعات للطبعة الجديدة. قدمتُ نتائج التجربة الميدانية لمجموعة خاصة بنا كانت تعمل على تشخيص اضطراب كرب ما بعد الصدمة في الطبعة الرابعة من الدليل، وصوَّت ١٩ منَّا مقابل ٢ لوضع تشخيص صدمة جديد لضحايا الصدمة بين الأشخاص: «اضطرابات الكرب الشديد، غير المحددة بطريقة أخرى»، أو للاختصار «اضطراب كرب ما بعد الصدمة المعقد»(١٧٥)(١٧٦).

ثم توقعنا بفارغ الصبر نشر الطبعة الرابعة من الدليل في مايو ١٩٩٤. لكن ما أثار دهشتنا كثيرًا أن التشخيص الذي وافق عليه فريق العمل لدينا بشكل ساحق لم يظهر في المنتج النهائي. لم تُؤخذ استشارة أيٍّ منا.

كان هذا استبعادًا مأساويًّا. هذا يعني أنه لا يمكن تشخيص أعداد كبيرة من المرضى بدقة، وأن الأطباء والباحثين لن يكونوا قادرين على تطوير علاجات مناسبة لهم علميًّا. لا يمكنك تطوير علاج لحالة غير موجودة. تواجه مسألة عدم وجود تشخيص الآن المعالجين بمعضلة خطيرة: كيف نعالج الأشخاص الذين يتعاملون مع تداعيات سوء المعاملة، والخيانة، والهجر عندما نُجبَر على تشخيصهم بالاكتئاب، أو اضطراب الفزع، أو اضطراب الشخصية ثنائية القطب، أو اضطراب الشخصية الحدِّية، وهي تشخيصات لا تتناول في الواقع ما يتعاملون معه؟

تُعد تبعات قيام مقدم الرعاية بالإساءة والإهمال أكثر شيوعًا وتعقيدًا من تأثير الأعاصير أو حوادث السيارات. ومع ذلك، قرر صناع القرار الذين حدَّدوا شكل نظام التشخيص لدينا عدم الإقرار بهذا البرهان. حتى يومنا هذا، بعد عشرين عامًا وأربع طبعات لاحقة، يُحبِط الدليل والنظام الذي يعتمد عليه بأكمله ضحايا إساءة المعاملة والإهمال في الطفولة ـ تمامًا كما

تجاهلوا محنة قدامى المحاربين قبل ظهور اضطراب كرب ما بعد الصدمة في عام ١٩٨٠.

الوباء الخفي

كيف تحوَّل مولودًا جديدًا بكل ما يحمله من وعود وقدرات غير محدودة إلى مخمور مشرد يبلغ من العمر ثلاثين عامًا؟ كما هي الحال مع العديد من الاكتشافات العظيمة، وجد الطبيب الباطني فينسينت فيليتي الإجابة عن هذا السؤال مصادفةً.

في عام ١٩٨٥، كان فيليتي رئيسًا لـ«قسم الطب الوقائي التابع لكايزر بيرمانتي» في مدينة سان دييجو، والذي كان في ذلك الوقت أكبر برنامج فحص طبي في العالم. كما كان يدير عيادة للسمنة استخدمت تقنية تسمَّى «الصيام المطلق المستكمَل» لإنقاص الوزن بشكل كبير من دون جراحة. وذات يوم ظهرت مساعدة ممرض تبلغ من العمر ثمانية وعشرين عامًا في مكتبه. قبِل فيليتي ادعاءها بأن السمنة هي مشكلتها الرئيسية وسجلها في البرنامج. خلال الأسابيع الحادي والخمسين التالية، انخفض وزنها من ٤٠٨ أرطال إلى ١٣٢ رطلًا.

ومع ذلك، عندما رآها فيليتي مرة أخرى بعد بضعة أشهر، كانت قد استعادت وزنًا أكبر مما كان يعتقد أنه ممكن بيولوجيًا في مثل هذا الوقت القصير. ماذا حدث؟ اتضح أن جسمها النحيف الجديد قد جذب زميلًا في العمل من الذكور، والذي بدأ في مغازلتها ثم اقترح عليها ممارسة الجنس. عادت إلى المنزل وبدأت في تناول الطعام. كانت تحشو نفسها بالأكل في أثناء النهار وتتناول الطعام في أثناء المشي ليلًا. عندما تقصَّى فيليتي رد الفعل المتطرف هذا، كشف عن تاريخ طويل من نكاح المحارم مع جدها.

كانت هذه هي الحالة الثانية فقط من نكاح المحارم التي واجهها فيليتي

خلال ممارسته الطبية لمدة ٢٣ عامًا، ومع ذلك بعد نحو عشرة أيام سمع قصة مماثلة. عندما بدأ هو وفريقه في التحقيق من كثب، صُدموا عندما اكتشفوا أن معظم المريضات اللواتي يعانين السمنة المفرطة تعرضن للاعتداء الجنسي عندما كن أطفالًا. كما اكتشفوا مجموعة من المشكلات العائلية الأخرى.

في عام ١٩٩٠، ذهب فيليتي إلى مدينة أتلانتا لتقديم بيانات من أول ٢٨٦ مقابلة أجراها الفريق مع المرضى في اجتماع لـ«جمعية أمريكا الشمالية لدراسة السمنة». أذهله رد الفعل القاسي لبعض الخبراء: لماذا صدق مثل هؤلاء المرضى؟ ألم يدرك أنهم سيختلقون أي تفسير لحيواتهم الفاشلة؟ ومع ذلك، شجع عالِم أوبئة من «مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها» فيليتي على بدء دراسة أكبر بكثير، بالاعتماد على مجموعة عامة من السكان، ودعاه للقاء مجموعة صغيرة من الباحثين في «مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها». كانت النتيجة هي التحقيق الضخم «تجارب الطفولة السلبية»، وهو تعاون بين «مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها» و«كايزر بيرمانتي»، مع وجود روبرت أندا، دكتوراه في الطب، وفينسينت فيليتي، دكتوراه في الطب، بوصفهما محققين رئيسيين مشاركين.

جاء أكثر من خمسين ألف مريض تابعين لـ«كايزر» إلى «قسم الطب الوقائي» سنويًّا لإجراء تقييم شامل، وملء استبيان طبي موسَّع في هذه العملية. قضى فيليتي وأندا أكثر من عام في وضع عشرة أسئلة جديدة تغطي فئات محددة بعناية من «تجارب الطفولة السلبية»، بما في ذلك الاعتداء الجسدي والجنسي، والإهمال الجسدي والعاطفي، والخلل الوظيفي الأسري، مثل وجود أبوين مطلقين، أو مصابين بأمراض عقلية، أو مدمنين، أو في السجن. ثم سألوا ٢٥,٠٠٠ مريض على التوالي عما إذا كانوا على استعداد لتقديم معلومات حول أحداث الطفولة؛ ١٧,٤٢١ قالوا نعم.

ثم قورنت ردودهم مع السجلات الطبية التفصيلية التي كانت تحتفظ بها «كايزر» لجميع المرضى.

كشفت دراسة «تجارب الطفولة السلبية» أن تجارب الحياة الصادمة خلال الطفولة والمراهقة أكثر شيوعًا مما كان متوقعًا. كان معظم المشاركين في الدراسة من البيض أبناء الطبقة المتوسطة متوسطي العمر المتعلمين جيدًا والآمنين ماليًّا بدرجة كافية للحصول على تأمين طبي جيد، ومع ذلك لم يُبلِغ سوى ثلث المشاركين عن عدم وجود تجارب سلبية في مرحلة الطفولة.

- أجاب واحد من كل عشرة أفراد بـ«نعم» عن سؤال «هل قام أحد الوالدين أو أي شخص بالغ آخر في المنزل كثيرًا أو كثيرًا جدًّا بسبِّك، أو إهانتك، أو إحباطك؟».
- أجاب أكثر من الربع بـ«نعم» عن السؤالين «هل قام أحد والديك كثيرًا أو كثيرًا جدًّا بدفعك، أو شدِّك، أو صفعك، أو رميك بشيء ما؟» و«هل ضربك أحد والديك كثيرًا أو كثيرًا جدًّا بقوة إلى درجة ظهور علامات على جسمك أو إصابتك؟». بعبارة أخرى، من المرجح أن يكون أكثر من ربع سكان الولايات المتحدة قد تعرضوا للإيذاء الجسدي بشكل متكرر عندما كانوا أطفالًا.
- عن السؤالين «هل لمس شخص بالغ أو شخص أكبر بخمسة أعوام على الأقل جسمك بطريقة جنسية؟» و«هل حاول شخص بالغ أو شخص أكبر بخمسة أعوام على الأقل الجنس الفموي، أو الشرجي، أو المهبلي معك؟»، أجاب ٢٨ في المائة من النساء و١٦ في المائة من الرجال بـ«نعم».
- أجاب واحد من كل ثمانية أشخاص بشكل إيجابي عن السؤالين: «عندما كنت طفلًا، هل شاهدت أمَّك أحيانًا، أو كثيرًا، أو كثيرًا جدًّا

تُدفع، أو تُشد، أو تُصفع، أو يُلقى عليها شيء؟» و«عندما كنت طفلًا، هل شاهدت أمّك أحيانًا، أو كثيرًا، أو كثيرًا جدًّا، تُركَل، أو تُعض، أو تُضرب بقبضة اليد، أو تُضرب بشيء صلب؟»(١٧٧).

سُجلت كل إجابة بـ«نعم» على أنها نقطة واحدة، ما يؤدي إلى نتيجة محتملة في «تجارب الطفولة السلبية» تتراوح بين صفر إلى عشرة. على سبيل المثال، الشخص الذي تعرَّض لسوء المعاملة اللفظية بشكل متكرر، وكانت لديه أم مدمنة على الكحول، وتطلَّق والداه سيحصل على ثلاث درجات. من بين ثلثَي المشاركين الذين أبلغوا عن تجربة سلبية، سجَّل ٨٧ في المائة درجتين أو أكثر. وواحد من كل ستة من جميع المشاركين حصل على أربع درجات أو أكثر.

باختصار، وجد فيليتي وفريقه أن التجارب السلبية مترابطة، على الرغم من أنها عادةً ما تُدرس بشكل منفصل. عادةً لا ينشأ الناس في منزل حيث يوجد أخ واحد في السجن ولكن كل شيء آخر على ما يرام. لا يعيشون في أسر تتعرَّض فيها والدتهم للضرب بشكل منتظم ولكن الحياة على خلاف ذلك تسير على ما يُرام. حوادث الإساءة ليست أحداثًا قائمة بذاتها أبدًا. ومع كل تجربة سلبية إضافية يُبلَغ عنها، تزداد الخسائر في الضرر اللاحق.

وجد فيليتي وفريقه أن آثار صدمة الطفولة تصبح واضحة لأول مرة في المدرسة. أفاد أكثر من نصف أولئك الذين حصلوا على أربع درجات أو أكثر في «تجارب الطفولة السلبية» بأنهم يعانون مشكلات في التعلُّم أو السلوك، مقارنةً بـ٣ في المائة ممن حصلوا على درجة صفر. عندما نضج الأطفال، لم «يتغلبوا» على آثار تجاربهم المبكرة. كما يشير فيليتي، «غالبًا ما تضيع تجارب الصدمة في الوقت وتُخفى بالعار، والسرية، والتابوهات الاجتماعية»، لكن الدراسة كشفت أن تأثير الصدمات قد عمَّ الحياة البالغة لهؤلاء المرضى. على سبيل المثال، تبيَّن أن درجات «تجارب الطفولة

السلبية» المرتفعة مرتبطة بارتفاع نسبة الغياب في مكان العمل، والمشكلات المالية، وانخفاض الدخل مدى الحياة.

عندما تعلَّق الأمر بالمعاناة الشخصية، كانت النتائج مدمرة. مع ارتفاع درجات «تجارب الطفولة السلبية»، يرتفع الاكتئاب المزمن في مرحلة البلوغ بشكل كبير. بالنسبة إلى أولئك الذين حصلوا على أربع درجات أو أكثر، فإن معدَّل انتشاره هو ٦٦ في المائة لدى النساء و٣٥ في المائة لدى الرجال، مقارنةً بمعدَّل إجمالي يبلغ ١٢ في المائة لدى أولئك الذين حصلوا على درجة صفر. كما ارتفعت احتمالية تناول الأدوية المضادة للاكتئاب أو مسكنات الألم المقررة بوصفة طبية بشكل متناسب. كما أشار فيليتي، ربما نُعالج تجارب اليوم التي حدثت قبل خمسين عامًا ـ بتكلفة متزايدة باستمرار. تُشكِّل الأدوية المضادة للاكتئاب ومسكنات الألم جزءًا كبيرًا من النفقات المتزايدة بسرعة للرعاية الصحية الوطنية[١٧٨]. (ومن المفارقات أن الأبحاث قد أظهرت أن مرضى الاكتئاب الذين ليس لديهم تاريخ سابق من سوء المعاملة أو الإهمال يميلون إلى الاستجابة بشكل أفضل لمضادات الاكتئاب من المرضى الذين ينتمون إلى تلك الخلفيات)[١٧٩].

تزداد محاولات الانتحار المعترف بها ذاتيًا بشكل كبير مع زيادة درجات «تجارب الطفولة السلبية». من صفر إلى ست درجات، هناك احتمال متزايد بنسبة ٥,٠٠٠ في المائة لمحاولات الانتحار. كلما شعر الشخص بمزيد من العزلة وعدم الحماية، زاد الشعور بأن الموت هو المهرب الوحيد. عندما تشير وسائل الإعلام إلى وجود ارتباط بين زيادة بنسبة ٣٠ في المائة في خطر الإصابة ببعض أنواع السرطان وأوضاع البيئة، فإن هذا يُعدُّ خبرًا رئيسيًّا، ومع ذلك يُتغاضى عن هذه الأرقام الأكثر مأساوية.

كجزء من التقييم الطبي الأولي، سُئل المشاركون في الدراسة، «هل سبق لك أن حسبت نفسك مدمنًا على الكحول؟». الأشخاص الذين حصلوا على

أربع درجات في «تجارب الطفولة السلبية» كانوا أكثر عرضة بسبع مرات للإدمان على الكحول من البالغين الذين حصلوا على درجة صفر. وزاد استخدام المخدرات عن طريق الحقن أضعافًا مضاعفة: بالنسبة إلى أولئك الذين حصلوا على ست درجات أو أكثر في «تجارب الطفولة السلبية»، كان احتمال تعاطي المخدرات الوريدية أعلى بنسبة ٤٬٦٠٠ في المائة من أولئك الذين حصلوا على درجة صفر.

سُئلت النساء في الدراسة عن الاغتصاب في مرحلة البلوغ. عند درجة صفر في «تجارب الطفولة السلبية»، كان انتشار الاغتصاب بنسبة ٥ في المائة. عند أربع درجات أو أكثر كانت النسبة ٣٣ في المائة. لماذا تزداد احتمالية تعرُّض الفتيات اللواتي يتعرضن للإساءة أو الإهمال للاغتصاب في وقت لاحق من الحياة؟ الإجابات عن هذا السؤال لها آثار تتجاوز الاغتصاب. على سبيل المثال، أظهرت العديد من الدراسات أن الفتيات اللواتي شَهِدن عنفًا منزليًّا في أثناء نشأتهن كن أكثر عرضة لخطر الوقوع في علاقات عنيفة هن أنفسهن، بينما بالنسبة إلى الفتيان الذين شَهِدوا عنفًا منزليًّا في طفولتهم، فإن خطر إساءة معاملتهم لشركائهم يرتفع سبعة أضعاف[١٨٠]. شَهِد أكثر من ١٢ في المائة من المشاركين في الدراسة أمهاتهم يتعرضن للضرب.

تضمَّنت قائمة السلوكيات عالية الخطورة التي تنبَّأت بها نتيجة «تجارب الطفولة السلبية» التدخين، والسمنة، والحمل غير المرغوب فيه، وتعدُّد الشركاء الجنسيين، والأمراض المنقولة جنسيًّا. أخيرًا، كانت حصيلة المشكلات الصحية الرئيسية مذهلة: أولئك الذين حصلوا على ست درجات أو أكثر في «تجارب الطفولة السلبية» كانوا أعلى بنسبة ١٥ في المائة أو كانت لديهم فرصة أكبر من أولئك الذين حصلوا على درجة صفر في أن يعانوا حاليًّا أيًّا من الأسباب العشرة الرئيسية للوفاة في الولايات المتحدة، بما في ذلك مرض انسداد الشعب الهوائية المزمن، ومرض القلب الإقفاري،

وأمراض الكبد. وكانوا أكثر عرضة للإصابة بالسرطان بمقدار الضعف وأربع مرات للإصابة بانتفاخ الرئة. يستمر الضغط المستمر على الجسم في إلحاق الضرر به.

عندما تكون المشكلات حلولًا حقًا

بعد اثني عشر عامًا من علاجه لها في الأصل، التقى فيليتي مرة أخرى المرأة التي جعله فقدانها وزيادتها للوزن بشكل كبير يبدأ مسعاه. أخبرته أنها خضعت بعد ذلك لعملية جراحية لعلاج السمنة، لكن بعد أن فقدت ستة وتسعين رطلًا، أصبحت لديها ميول انتحارية. استغرق منها الأمر دخول المستشفى النفسي خمس مرات والخضوع لثلاث دورات من الصدمات الكهربائية للسيطرة على انتحارها. يشير فيليتي إلى أن السمنة، التي تُعَد مشكلة صحية عامة كبيرة، قد تكون في الواقع حلًّا شخصيًّا للكثيرين. ضع في حسبانك الآثار المترتبة على ذلك: إذا أخطأت ونظرت إلى حل شخص ما على أنه مشكلة يجب القضاء عليها، فليس فقط من المحتمل أن يفشل العلاج معه، كما يحدث غالبًا في برامج الإدمان، ولكن قد تظهر مشكلات أخرى.

قالت إحدى ضحايا الاغتصاب لفيليتي:

ـ عندما يكون وزنك زائدًا لا ينظر إليك أحد، وهذا ما أريد[١٨١].

الوزن يمكن أن يحمي الرجال، كذلك. يستذكر فيليتي حارسين في سجن الولاية كانا ضمن برنامجه الخاص بالسمنة. استعادا على الفور الوزن الذي فقداه، لأنهما شعرا بأمان أكبر لكونهما أكبر رجلين في مجمع الزنزانات. أصيب رجل آخر بالسمنة بعد طلاق والديه وانتقل للعيش مع جده المدمن على الكحول. وأوضح:

ـ لم يكن الأمر أني كنت آكل بسبب الجوع وما إلى ذلك. إنه شيء شعرت بالأمان وأنا أفعله. منذ رياض الأطفال كنت أتعرض للضرب طوال الوقت. عندما ازداد وزني لم يعد ذلك يحدث.

خلصت مجموعة دراسة «تجارب الطفولة السلبية» إلى أنه: «على الرغم من النظر إليه على نطاق واسع على أنه شيء ضار بالصحة، فإن كل تكيُّف [مثل التدخين، والشرب، والمخدرات، والسمنة] يصعب الإقلاع عنه بشكل ملحوظ. لا يؤخذ في الحسبان بأي شكلٍ يُذكر احتمال أن تكون العديد من المخاطر الصحية طويلة الأجل مفيدة على المستوى الشخصي على المدى القصير. نسمع مرارًا وتكرارًا من المرضى عن فوائد هذه «المخاطر الصحية». إن فكرة كون المشكلة حلًّا، على الرغم من أنها مزعجة بشكل مفهوم للكثيرين، تتماشى بالتأكيد مع حقيقة أن القوى المتعارضة تتعايش بشكل روتيني في النظم البيولوجية... ما يراه المرء، المشكلة المعروضة، غالبًا ما يكون فقط علامة على المشكلة الحقيقية، التي تكون مدفونة في الوقت، مخفية من قِبل خزي المريض، وسِريته، وأحيانًا فقدانه الذاكرة ـ وفي كثير من الأحيان عدم ارتياح الطبيب».

إساءة معاملة الأطفال، أكبر مشكلة صحية عامة في بلدنا

في المرة الأولى التي سمعت فيها روبرت أندا يقدم نتائج دراسة «تجارب الطفولة السلبية»، لم يستطِع كبح دموعه. خلال مسيرته المهنية في «مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها»، عمل سابقًا في العديد من مجالات المخاطر الرئيسية، بما في ذلك أبحاث التبغ وصحة القلب والأوعية الدموية. لكن عندما بدأت بيانات دراسة «تجارب الطفولة السلبية» في الظهور على شاشة الكمبيوتر الخاص به، أدرك أنهم عثروا على أخطر وأكثر مشكلة صحة عامة كلفة في الولايات المتحدة: إساءة معاملة الأطفال. وفق حساباته، فإن التكاليف الإجمالية للمشكلة تجاوزت تكاليف السرطان أو أمراض القلب، وأن القضاء على إساءة معاملة الأطفال في أمريكا من شأنه أن يُقلل المعدَّل الإجمالي للاكتئاب بأكثر من النصف، وإدمان الكحول بمقدار الثلثين، والانتحار، وتعاطي المخدرات عن طريق الحقن الوريدي، والعنف المنزلي

بمقدار ثلاثة أرباع[١٨٢]. سيكون لذلك أيضًا تأثير كبير في الأداء في مكان العمل، وسيقلل بشكل كبير من الحاجة إلى السجن.

عندما نُشر تقرير الجراح العام عن التدخين والصحة في عام ١٩٦٤، أطلق العنان لحملة قانونية وطبية استمرت عقودًا غيَّرت الحياة اليومية والآفاق الصحية طويلة المدى للملايين. انخفض عدد المدخنين الأمريكيين من ٤٢ في المائة من البالغين في عام ١٩٦٥ إلى ١٩ في المائة في عام ٢٠١٠، وتشير التقديرات إلى أنه تمَّت الوقاية مما يقرب من ٨٠٠ ألف حالة وفاة بسبب سرطان الرئة بين عامَي ١٩٧٥ و٢٠٠٠[١٨٣].

ومع ذلك، فإن دراسة «تجارب الطفولة السلبية» لم يكن لها مثل هذا التأثير. لا تزال دراسات وأوراق المتابعة تظهر في جميع أنحاء العالم، لكن الواقع اليومي لأطفال مثل مارلين وأطفال العيادات الخارجية ومراكز العلاج السكنية في جميع أنحاء البلاد لا يزال كما هو تقريبًا. الآن فقط يتلقَّون جرعات عالية من المؤثرات العقلية، ما يجعلهم أكثر مرونة ولكن ذلك يُضعِف أيضًا قدرتهم على الشعور باللذة والفضول، وقدرتهم على النمو والتطور العاطفي والفكري، وعلى أن يصبحوا أعضاءً مساهمين في المجتمع.

الفصل العاشر

الصدمة التنموية: الوباء الخفي

«إن الفكرة القائلة إن التجارب السلبية في مرحلة الطفولة المبكرة تؤدي إلى اضطرابات تنموية كبيرة هي حدس سريري أكثر منها حقيقة قائمة على البحث. لا يوجد دليل معروف على الاضطرابات التنموية التي سبقها في الوقت بطريقة سببية أي نوع من متلازمة الصدمة».

– من رفض «الجمعية الأمريكية للطب النفسي» لتشخيص لاضطراب الصدمة التنموية، مايو ٢٠١١

«يروي البحث حول آثار إساءة المعاملة المبكرة قصة مختلفة: أن إساءة المعاملة المبكرة لها آثار سلبية دائمة في نمو الدماغ. تنحت تجاربُنا المبكرةُ أدمغتنا. وسوء المعاملة عبارة عن إزميل يُشكِّل العقل ليُصارع الشِّقاق، ولكن على حساب جروح عميقة ودائمة. إن إساءة معاملة الأطفال ليست شيئًا «تتغلب عليه». إنها شر يجب أن نعترف به ونواجهه إذا أردنا فعل أي شيء حيال دورة العنف الجامحة في هذا البلد».

– مارتن تيشر، طبيب، دكتوراه، «ساينتفيك أمريكان»

هناك مئات الآلاف من الأطفال الذين أُوشكُ على وصفهم، وهم يمتصون موارد هائلة، غالبًا من دون فائدة ملموسة. ينتهي بهم الأمر بملء سجوننا،

وقوائم الرعاية الاجتماعية لدينا، وعياداتنا الطبية. معظم الناس يعرفونهم فقط كإحصاءات. يقضي عشرات الآلاف من معلمي المدارس، وضباط المراقبة، والعاملين في مجال الرعاية الاجتماعية، والقضاة، ومهنيي الصحة العقلية أيامهم في محاولة مساعدتهم، ويدفع دافع الضرائب الفواتير.

كان أنتوني في الثانية والنصف فقط من عمره عندما أحاله مركز رعاية أطفال إلى «مركز الصدمة» لأن موظفي المركز لم يتمكنوا من ضبط عضِّه ودفعه المستمرين، ورفضه أخذ القيلولة، وبكائه المستعصي، وضربه لرأسه، ونزنزته. لم يشعر بالأمان مع أي موظف وكان يتأرجح بين الانهيار اليائس والتحدي الغاضب.

عندما التقينا به وبأمه، تشبَّث بها بقلق، وأخفى وجهه، بينما كانت تقول:

ـ لا تتصرف بهذه الطريقة.

فزع عندما صُفق باب في مكان آخر الممر ثم اختبأ بشكل أعمق في حِجر والدته. عندما دفعته بعيدًا، جلس في زاوية وبدأ يضرب رأسه. وأشارت والدته:

ـ إنه يفعل ذلك فقط ليزعجني.

عندما سألناها عن خلفيتها الخاصة، أخبرتنا أن والديها قد هجراها وقامت على تربيتها مجموعة من الأقارب الذين ضربوها، وتجاهلوها، وبدأوا في الاعتداء عليها جنسيًا وهي في سن الثالثة عشرة. حملت من حبيبٍ سكِّيرٍ تركها عندما أخبرته أنها تحمل طفله. قالت إن أنتوني مثل والده تمامًا ـ لا قيمة له. دخلت في العديد من المشادات العنيفة مع أحبائها اللاحقين، لكنها متأكدة من أن هذا حدث عادةً في أوقات متأخرة جدًّا من الليل بحيث لم يلاحظ أنتوني.

إذا أُدخل أنتوني إلى مستشفى، فمن المحتمل أن يُشخَّص بمجموعة من الاضطرابات النفسية المختلفة: الاكتئاب، واضطراب التحدي والمعارضة، والقلق، واضطراب التعلُّق التفاعلي، واضطراب فرط الحركة ونقص

الانتباه، واضطراب كرب ما بعد الصدمة. ومع ذلك، لم يوضح أيٌّ من هذه التشخيصات ما الخطأ مع أنتوني: إنه خائف حتى الموت ويقاتل من أجل حياته، ولا يثق بأن أمه يمكن أن تساعده.

ثم هناك ماريا، وهي لاتينية تبلغ من العمر خمسة عشر عامًا، وهي واحدة من أكثر من نصف مليون طفل في الولايات المتحدة نشأوا في برامج دور الرعاية والمعالجة السكنية. ماريا بدينة وعدوانية. لديها تاريخ من الاعتداء الجنسي، والجسدي، والعاطفي وعاشت في أكثر من عشرين مكانًا خارج المنزل منذ سن الثامنة. وصفتها كومة المخططات الطبية التي وصلت معها بأنها صامتة، وانتقامية، ومتهورة، وطائشة، ومؤذية للنفس، وتعاني تقلبات مزاجية شديدة، ومزاجًا متفجّرًا. تصف نفسها بأنها «قمامة، لا قيمة لها، مرفوضة».

بعد عدة محاولات انتحار وُضعت ماريا في أحد مراكز العلاج السكنية الخاصة بنا. في البداية، كانت صامتة وانسحابية وأصبحت عنيفة عندما اقترب منها الناس كثيرًا. بعد فشل المقاربات الأخرى في العمل، وُضعت في برنامج علاج فرسي حيث اعتنت بحصانها يوميًّا وتعلمت مبادئ الفروسية. بعد ذلك بعامين، تحدثت مع ماريا عند تخرجها في المدرسة الثانوية. قُبِلت في كلية مدتها أربعة أعوام. عندما سألتها عما ساعدها بأكبر شكل، أجابت:

ـ الحصان الذي كنت أعتني به.

أخبرتني أنها بدأت أولًا تشعر بالأمان مع حصانها؛ كان هناك كل يوم، ينتظرها بصبر، ويبدو سعيدًا عند اقترابها. بدأت تشعر بعلاقة حشوية مع مخلوق آخر وبدأت تتحدث معه كصديق. بدأت بالتدريج في التحدث مع الأطفال الآخرين في البرنامج، وفي النهاية، مع مستشارها.

فرجينيا فتاة بيضاء وابنة بالتبني تبلغ من العمر ثلاثة عشر عامًا. أُبعِدت عن أمها البيولوجية بسبب تعاطي الأخيرة للمخدرات؛ بعد أن مرضت أمها الأولى بالتبني وتوفيت، انتقلت من دار رعاية إلى دار رعاية قبل أن تُتَبنَّى مرة

أخرى. كانت فرجينيا مغرية مع أي ذكر عبر طريقها، وأبلغت عن تعرُّضها للاعتداء الجنسي والجسدي من قِبل العديد من جلساء الأطفال ومقدمي الرعاية المؤقتين. حضرت إلى برنامج العلاج السكني الخاص بنا بعد دخول المستشفى ثلاث عشرة مرة متأزمة من محاولات انتحار. وصفها فريق العمل بأنها معزولة، ومتسلِّطة، ومتفجِّرة، وذات طابع جنسي، واقتحامية، وانتقامية، ونرجسية. وصفت نفسها بأنها مثيرة للاشمئزاز، وقالت إنها تتمنى لو ماتت. كانت التشخيصات الموجودة في المخطط الخاص بها هي الاضطراب ثنائي القطب، والاضطراب الانفجاري المتقطع، واضطراب التعلُّق التفاعلي، واضطراب نقص الانتباه، نوع فرعي من اضطراب فرط النشاط، واضطراب التحدي والمعارضة، واضطراب تعاطي المخدرات. لكن مَن هي فرجينيا حقًّا؟ كيف يمكننا مساعدتها في الحصول على حياة[١٨٤]؟

يمكننا أن نأمل في حل مشكلات هؤلاء الأطفال فقط إذا حدَّدنا بشكل صحيح ما يجري معهم وفعلنا ما هو أكثر من تطوير عقاقير جديدة للسيطرة عليهم أو محاولة العثور على الجين المسؤول عن «مرضهم». يتمثل التحدي في إيجاد طرق لمساعدتهم على عيش حياة منتجة، ومن ثَمَّ توفير مئات الملايين من الدولارات من أموال دافعي الضرائب. تبدأ تلك العملية بمواجهة الحقائق.

جينات سيئة؟

مع وجود مثل هذه المشكلات المتفشية والآباء المختلين وظيفيًّا، سنميل إلى أن نعزو مشكلاتهم ببساطة إلى جينات سيئة. تنتج التكنولوجيا دائمًا اتجاهات جديدة للبحث، وعندما أصبح من الممكن إجراء اختبارات جينية، أصبح الطب النفسي ملتزمًا بإيجاد الأسباب الجينية للأمراض العقلية. وقد بدا العثور على رابط جيني مهمًّا بشكل خاص بالنسبة إلى انفصام الشخصية، وهو إلى حد ما شكل شائع (يصيب نحو ١ في المائة

من السكان)، وحاد، ومحيِّر من الأمراض العقلية، وينتشر بشكل واضح في العائلات. ومع ذلك، بعد ثلاثين عامًا واستثمار الملايين والملايين من الدولارات في البحث، فشلنا في العثور على أنماط وراثية متسقة لمرض انفصام الشخصية ـ أو لأي مرض نفسي آخر، في الحقيقة[١٨٥]. عمل بعض زملائي بجد أيضًا لاكتشاف العوامل الجينية التي تُهيئ الناس للإصابة بكرب الصدمة[١٨٦]. يستمر هذا المسعى، لكنه فشل حتى الآن في تقديم أي إجابات قوية[١٨٧].

قضت الأبحاث الحديثة على الفكرة البسيطة القائلة إن «امتلاك» جين معين يؤدي إلى نتيجة معينة. اتضح أن العديد من الجينات تعمل معًا للتأثير في نتيجة واحدة. والأهم من ذلك أن الجينات ليست ثابتة؛ يمكن أن تؤدي أحداث الحياة إلى قدح رسائل كيميائية حيوية تعمل على تشغيلها أو إيقاف تشغيلها عن طريق ربط مجموعات «الميثيل»، وهي تكتُّل من ذرات «الكربون» و«الهيدروجين»، بالجزء الخارجي من الجين (عملية تسمى «الميثيلية»)، ما يجعلها أكثر أو أقل حساسية للرسائل الواردة من الجسم. في حين أن أحداث الحياة يمكن أن تغير سلوك الجين، فإنها لا تغير بنيته الأساسية. ومع ذلك، يمكن أن تنتقل أنماط «الميثيلية» إلى النسل ـ وهي ظاهرة تُعرف باسم «التخلُّق المتوالي». مرة أخرى، يتذكر الجسم كل شيء، في أعمق مستويات الجهاز العضوي.

واحدة من أكثر التجارب التي استُشهد بها في التخلق المتوالي أجراها مايكل ميني الباحث في جامعة ماكجيل، الذي يدرس صغار الفئران حديثي الولادة وأمهاتهم[١٨٨]. اكتشف أن مقدار لعق وعناية الأم بصغارها خلال الساعات الاثنتي عشرة الأولى بعد ولادتها يؤثِّر بشكل دائم في المواد الكيميائية في الدماغ التي تستجيب للتوتر ـ ويغير تكوين أكثر من ألف جين. إن صغار الفئران التي تلعقها الأمهات بشكل مكثف تكون أكثر شجاعة وتنتج مستويات أقل من هرمونات التوتر

تحت الضغط مقارنةً بالفئران التي تكون أمهاتها أقل انتباهًا. كما أنها تتعافى بسرعة أكبر ـ اتزان يدوم طوال حياتها. تطوِّر روابط أكثر سمكًا في الحُصين، وهو مركز رئيسي للتعلُّم والذاكرة، وتؤدي بشكل أفضل في مهارة القوارض المهمة ـ إيجاد طريقها عبر المتاهات.

بدأنا للتو في تعلُّم أن التجارب الموتِّرة تؤثر في التعبير الجيني لدى البشر أيضًا. الأطفال الذين حوصرت أمهاتهم الحوامل في منازل غير مُدفأة خلال عاصفة جليدية طويلة في مقاطعة الكيبيك كانت لديهم تغيرات جينية كبيرة مقارنةً بأطفال الأمهات اللواتي استُعيدت حرارتهن في غضون يوم واحد[١٨٩]. قارن موشيه زيف الباحث في جامعة ماكجيل ملفات التخلُّق المتوالي لمئات الأطفال المولودين في أقصى طرفَي الامتياز الاجتماعي في المملكة المتحدة وقاس آثار التعرُّض لإساءة المعاملة في الطفولة على كلتا المجموعتين. ارتبطت الاختلافات في الطبقة الاجتماعية بملفات تخلُّق متوالٍ مختلفة بشكل واضح، لكن الأطفال الذين تعرضوا للإيذاء في كلتا المجموعتين كانت لديهم تعديلات محددة مشتركة في ثلاثة وسبعين جينًا. على حد تعبير زيف، «يمكن إجراء تغييرات كبيرة على أجسامنا ليس فقط من خلال المواد الكيميائية والسموم، ولكن أيضًا في الطريقة التي يتحدث بها العالم الاجتماعي إلى العالم المُبرمَج»[١٩٠][١٩١].

القرود توضح أسئلة قديمة حول الطبيعة مقابل التنشئة

واحدة من أوضح الطرق لفهم كيفية تأثير جودة الوالدية والبيئة في التعبير الجيني تأتي من عمل ستيفن سومي، رئيس «مختبر علم السلوك المقارن التابع للمعاهد الوطنية للصحة»[١٩٢]. لأكثر من أربعين عامًا وسومي يدرس انتقال الشخصية عبر أجيال من قرود «الريسوس»، التي تشترك في ٩٥ في المائة من الجينات البشرية، وهو رقم لم تتجاوزه سوى قرود «الشمبانزي» و«البونوبو». مثل البشر، تعيش قرود «الريسوس» في مجموعات اجتماعية

كبيرة مع علاقات تحالف ومكانة معقدة، ولا ينجو ويزدهر سوى الأعضاء الذين يمكنهم مزامنة سلوكهم مع متطلبات القطيع.

قرود «الريسوس» تشبه البشر أيضًا في أنماط ارتباطهم. يعتمد أطفالها على الاتصال الجسدي الحميمي مع أمهاتهم، وتمامًا كما لاحظ بولبي في البشر، فإنهم يتطوَّرون من خلال استكشاف ردود أفعالهم تجاه بيئتهم، عائدين إلى أمهاتهم كلما شعروا بالخوف أو الضياع. بمجرد أن يصبحوا أكثر استقلالية، يكون اللعب مع أقرانهم الطريقة الأساسية التي يتعلمون بها كيفية عيش الحياة.

حدَّد سومي نوعين من الشخصيات التي واجهت مشكلات باستمرار: القرود العصبية والقَلِقة، التي تصبح خائفة، ومنسحبة، ومكتئبة حتى في المواقف التي تلعب فيها القرود الأخرى وتستكشف؛ والقرود شديدة العدوانية، التي تسبب كثيرًا من المتاعب إلى درجة أنها غالبًا ما تُنبذ، أو تُضرب، أو تُقتل. كلا النوعين مختلفان بيولوجيًّا عن أقرانهم. يمكن اكتشاف التشوهات في مستويات الاستثارة، وهرمونات التوتر، والتمثيل الغذائي للمواد الكيميائية في الدماغ مثل «السيروتونين» خلال الأسابيع القليلة الأولى من الحياة، ولا تتغير بيولوجيتها ولا سلوكها مع نضوجها. اكتشف سومي مجموعة واسعة من السلوكيات المدفوعة جينيًّا. على سبيل المثال، القرود العصبية (المصنَّفة على هذا النحو على أساس كلٍّ من سلوكها ومستويات «الكورتيزول» المرتفعة في عمر ستة أشهر) سوف تستهلك مزيدًا من الكحول في المواقف التجريبية أكثر من غيرها عندما تصل إلى سن الرابعة. كما أن القرود العدوانية جينيًّا تفرط في تناول الطعام ـ لكنها تفرط في شرب الخمر إلى حد الإغماء، بينما يبدو أن القرود العصبية تشرب لتهدأ.

ومع ذلك، تُسهم البيئة الاجتماعية أيضًا بشكل كبير في السلوك والبيولوجيا. لا تنسجم الإناث العصبيات والقَلِقات بشكل جيد مع غيرهن، وبالتالي غالبًا ما يفتقرن إلى الدعم الاجتماعي عند الولادة ويكن عرضة

بشكل كبير لخطر إهمال أو إساءة معاملة أولادهن البكر. لكن عندما ينتمي مثل هؤلاء الإناث إلى مجموعة اجتماعية مستقرة فغالبًا ما يصبحن أمهات مجتهدات يتابعن صغارهن بعناية. في ظل بعض الظروف، يمكن أن يوفِّر كون الأم قَلِقة حماية تشتدُّ الحاجة إليها. من ناحية أخرى، لم تقدم الأمهات العدوانيات أي مزايا اجتماعية: فهن عقابيات للغاية مع أبنائهن، وهناك الكثير من الضرب، والركل، والعض. وإذا نجا الرُّضَّع، فعادةً ما تمنعهم أمهاتهم من تكوين صداقات مع أقرانهم.

في الحياة الواقعية من المستحيل معرفة ما إذا كان سلوك الناس العدواني أو العصبي ناتجًا عن جينات الوالدين أو التنشئة على يد أم مسيئة ـ أو كلتيهما. لكن في مختبر القرود يمكنك أخذ الأطفال حديثي الولادة ذوي الجينات الهشة بعيدًا عن أمهاتهم البيولوجيات وتربيتهم من قِبل أمهات داعمات أو في مجموعات لعب مع أقرانهم.

القرود الصغيرة التي تؤخذ بعيدًا عن أمهاتها عند الولادة وتُربَّى مع أقرانها فقط تصبح مرتبطة بشدة بهم. تتشبث بعضها ببعض بقوة ولا تنفصل بما يكفي للانخراط في استكشاف ولَعِب صحيين. القليل من اللعب الموجود هناك يفتقر إلى التعقيد والخيال المعتادين للقرود العادية. هذه القرود تكبر لتكون عصبية: خائفة في المواقف الجديدة وتفتقر إلى الفضول. بصرف النظر عن استعدادها الجيني، فإن القرود التي تربى من قِبل الأقران تبالغ في رد فعلها تجاه الضغوط الطفيفة: يزيد «الكورتيزول» لديها استجابة للضوضاء الصاخبة أكثر بكثير من القرود التي تربيها أمهاتها. إن عملية التمثيل الغذائي لـ«السيروتونين» لديها غير طبيعية بشكل كبير مقارنةً بنظيرتها لدى القرود المستعدة جينيًّا للعدوان لكن تربت مع أمهاتها. يؤدي هذا إلى استنتاج مفاده أن التجربة المبكرة، على الأقل في القرود، لها على الأقل تأثير في البيولوجيا بقدر تأثير الوراثة.

تشترك القرود والبشر في نفس سلالتَي جين «السيروتونين» (المعروفتين

باسم «الأليلة الناقلة للسيروتونين القصيرة» و«الأليلة الناقلة للسيروتونين الطويلة»). في البشر، ارتبطت الأليلة القصيرة بالاندفاع، والعدوان، والبحث عن الإحساس، ومحاولات الانتحار، والاكتئاب الشديد. أظهر سومي أن البيئة، على الأقل عند القرود، تُشكِّل كيفية تأثير هذه الجينات في السلوك. القرود ذات الأليلة القصيرة التي تربَّت مع أمٍّ مناسبة تصرفت بشكل طبيعي ولم يكن لديها عجز في التمثيل الغذائي لـ«السيروتونين». تلك التي نشأت مع أقرانها أصبحت عدوانية مُحبَّة للمخاطرة[١٩٣]. وبالمثل، وجد الباحث النيوزيلندي أليك روي أن البشر ذوي الألايل القصيرة لديهم معدلات اكتئاب أعلى من أولئك الذين لديهم ألايل طويلة، هذا صحيح فقط إذا كان لديهم أيضًا تاريخ من سوء المعاملة أو الإهمال في الطفولة. الاستنتاج واضح: الأطفال المحظوظون بما يكفي ليكون لديهم آباء متناغمون ومتنبهون لن يطوِّروا هذه المشكلة المرتبطة جينيًّا[١٩٤].

يدعم عمل سومي كل ما تعلَّمناه من زملائنا الذين يدرسون التعلُّق البشري ومن أبحاثنا السريرية: العلاقات المبكرة الآمنة والحمائية ضرورية لحماية الأطفال من المشكلات طويلة الأمد. بالإضافة إلى ذلك، حتى الآباء من ذوي نقاط الهشاشة الجينية يمكنهم نقل تلك الحماية إلى الجيل التالي شريطة أن يحصلوا على الدعم المناسب.

«الشبكة الوطنية لكرب الصدمة عند الأطفال»

تقريبًا كل مرض طبي، من السرطان إلى التهاب الشبكية الصباغي، لديه مجموعات مناصرة تعزِّز دراسة وعلاج تلك الحالة بالذات. لكن حتى عام ٢٠٠١، عندما تأسست «الشبكة الوطنية لكرب الصدمة عند الأطفال» بموجب قانون صدر عن الكونجرس، لم تكن هناك منظمة شاملة مكرَّسة لبحث وعلاج الأطفال المصابين بصدمات.

في عام ١٩٩٨ تلقيت مكالمة من آدم كامينجز «من مؤسسة ناثان كامينجز»

تخبرني أنهم مهتمون بدراسة آثار الصدمة في التعلُّم. أخبرتهم أنه بينما أُنجِزت بعض الأعمال الجيدة جدًّا حول هذا الموضوع[١٩٥]، لم يكن هناك منتدى لتنفيذ الاكتشافات التي أُجريت بالفعل. فالنمو، العقلي، أو البيولوجي، أو الأخلاقي للأطفال المصابين بصدمات لم يُعلَّم بشكل منهجي للعاملين في رعاية الأطفال، أو أطباء الأطفال، أو في مدارس الدراسات العليا لعلم النفس أو العمل الاجتماعي.

اتفقت أنا وآدم على أنه يتعيَّن علينا معالجة هذه المشكلة. بعد نحو ثمانية أشهر، عقدنا مجموعة فكرية ضمَّت ممثلين من وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، ووزارة العدل الأمريكية، ومستشار الرعاية الصحية للسيناتور تيد كينيدي، ومجموعة من زملائي المتخصصين في صدمة الطفولة. كنا جميعًا على دراية بأساسيات كيفية تأثير الصدمة في نمو العقل والدماغ، وكنا جميعًا ندرك أن صدمة الطفولة تختلف اختلافًا جذريًّا عن الكرب الناتج عن الصدمة لدى البالغين مكتملي التكوين. خلصت المجموعة إلى أنه إذا كنا نتمنى أن نضع قضية صدمات الطفولة بقوة على الخريطة، فيجب أن تكون هناك منظمة وطنية من شأنها أن تعزِّز دراسة صدمة الطفولة وتعليم المعلِّمين، والقضاة، والقساوسة، وأولياء الأمور بالتبنِّي، والأطباء، وضباط المراقبة، والممرضين، ومهنيي الصحة العقلية ـ أي شخص يتعامل مع الأطفال الذين تعرَّضوا لسوء المعاملة والصدمة.

تمتَّع أحد أعضاء مجموعة العمل، بيل هاريس، بخبرة واسعة في التشريعات المتعلِّقة بالأطفال، وذهب للعمل مع فريق السيناتور كينيدي لصياغة أفكارنا في شكل قانوني. قُدِّم مشروع قانون تأسيس «الشبكة الوطنية لكرب الصدمة عند الأطفال» من خلال مجلس الشيوخ بدعم ساحق من الحزبين الديمقراطي والجمهوري، ومنذ عام ٢٠٠١ نمت من شبكة تعاونية من ١٧ موقعًا إلى أكثر من ١٥٠ مركزًا على مستوى البلاد. بقيادة مراكز التنسيق في جامعة ديوك وجامعة كاليفورنيا في لوس أنجلوس، تشمل

«الشبكة الوطنية لكرب الصدمة عند الأطفال» جامعات، ومستشفيات، ووكالات قبَلية، وبرامج إعادة تأهيل من المخدرات، وعيادات صحة عقلية، وكليات دراسات عليا. يتعاون كل موقع بدوره مع أنظمة مدارس محلية، ومستشفيات، ووكالات رعاية اجتماعية، وملاجئ مشردين، وبرامج قضاء خاصة بالأحداث، وملاجئ من العنف المنزلي، مع ما مجموعه أكثر من ٨,٣٠٠ شريك منتسب.

بمجرد بدء عمل «الشبكة الوطنية لكرب الصدمة عند الأطفال»، أصبحت لدينا الوسائل لتجميع صورة أوضح عن الأطفال المصابين بصدمات في كل جزء من البلاد. قاد زميلي في «مركز الصدمة» جوزيف سبينازولا استطلاعًا فحصَ سجلات ما يقرب من ألفَي طفل ومراهق من وكالات في مختلف أنحاء الشبكة[١٩٦]. سُرعان ما أكدنا ما كنا نشك فيه: الغالبية العظمى جاءت من أسر مختلة وظيفيًّا للغاية. أكثر من نصفهم تعرَّضوا للإيذاء العاطفي و/ أو كان مقدم الرعاية الخاص بهم يعاني ضعفًا شديدًا في الاهتمام باحتياجاتهم. ما يقرب من ٥٠ في المائة فقدوا مقدمي الرعاية مؤقتًا في السجن، أو برامج العلاج، أو الخدمة العسكرية واعتنى بهم غرباء، أو آباء بالتبنِّي، أو أقارب بعيدون. أفاد نحو نصفهم أنهم شهدوا عنفًا منزليًّا، وربعهم كانوا أيضًا ضحايا للاعتداء الجنسي و/ أو الجسدي. بعبارة أخرى، كان الأطفال والمراهقون في الاستطلاع بمنزلة مرايا لمرضى «كايزر بيرمانتي» الذين كانوا في منتصف العمر ومن الطبقة المتوسطة وكانت درجاتهم، التي درسها فينسينت فيليتي، عالية في استبيان «تجارب الطفولة السلبية».

قوة التشخيص

في السبعينيات من القرن العشرين، لم تكن هناك طريقة لتصنيف الأعراض واسعة النطاق لمئات الآلاف من قدامى المحاربين العائدين من فيتنام. وكما رأينا في الفصول الافتتاحية من هذا الكتاب، أجبر هذا الأطباء السريريين على

الارتجال في علاج مرضاهم ومنعهم من أن يكونوا قادرين على الدراسة المنهجية للطرق التي نجحت بالفعل. أدى اعتماد تشخيص اضطراب كرب ما بعد الصدمة في الطبعة الثالثة من «الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية» في عام ١٩٨٠ إلى دراسات علمية مكثفة وإلى تطوير علاجات فعَّالة، والتي تبيَّن أنها مناسبة ليس فقط لقدامى المحاربين ولكن أيضًا لضحايا مجموعة من الأحداث الصادمة، بما في ذلك الاغتصاب، والاعتداء، وحوادث السيارات[١٩٧]. ومن الأمثلة على القوة بعيدة المدى للحصول على تشخيص محدَّد حقيقة أنه بين عامَي ٢٠٠٧ و٢٠١٠ أنفقت وزارة الدفاع أكثر من ٢,٧ مليار دولار لعلاج وأبحاث اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى قدامى المحاربين، بينما في السنة المالية ٢٠٠٩ وحدها أنفقت وزارة شؤون قدامى المحاربين ٢٤,٥ مليون دولار على أبحاث داخلية لاضطراب كرب ما بعد الصدمة.

يُعدُّ تعريف «الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية» لاضطراب كرب ما بعد الصدمة واضحًا تمامًا: يتعرَّض شخص لحدث مروع «يتضمن موتًا فعليًّا أو تهديدًا بالموت أو إصابة خطيرة، أو تهديدًا للسلامة الجسدية للذات أو للآخرين»، ما يتسبب في «الخوف الشديد، أو العجز، أو الرعب»، ما يؤدي إلى مجموعة متنوعة من المظاهر: إعادة تجربة اقتحامية للحدث (الذكريات المباغتة واللاإرادية، والأحلام السيئة، والشعور كما لو كان الحدث ما زال يحدث)، وتجنُّب دائم ومعوق (للأشخاص، أو الأماكن، أو الأفكار، أو المشاعر المرتبطة بالصدمة، أحيانًا مع فقدان الذاكرة لأجزاء مهمة منها)، وزيادة الاستثارة (الأرق، واليقظة المفرطة، أو الانفعالية). يوحي هذا الوصف بحبكة واضحة: يُدمَّر الشخص فجأة وبشكل غير متوقع من قِبل حدث فظيع ولا يعود كما كان. قد تنتهي الصدمة لكنها تعاود الظهور باستمرار في إعادة تدوير الذكريات وفي نظام عصبي معاد تنظيمه.

ما مدى صلة هذا التعريف بالأطفال الذين كنا نعالجهم؟ بعد حادثة صادمة

واحدة ـ عضة كلب، أو حادث، أو مشاهدة حادث إطلاق نار في المدرسة ـ يمكن للأطفال بالفعل تطوير الأعراض الأساسية لاضطراب كرب ما بعد الصدمة المشابهة لتلك التي يعاني منها الكبار، حتى لو كانوا يعيشون في منازل آمنة وداعمة. نتيجة لتشخيص اضطراب كرب ما بعد الصدمة، يمكننا الآن علاج هذه المشكلات بشكل فعَّال.

في حالة الأطفال المضطربين الذين لديهم تواريخ من سوء المعاملة والإهمال والذين يظهرون في العيادات، والمدارس، والمستشفيات، ومراكز الشرطة، فإن الجذور الصادمة لسلوكياتهم تكون أقل وضوحًا، خصوصًا لأنهم نادرًا ما يتكلمون عن تعرُّضهم للضرب، أو التخلي عنهم، أو التحرش بهم، حتى عندما يُسألون. لا يستوفي ٨٢ في المائة من الأطفال المصابين بصدمات الذين تعاملت معهم «الشبكة الوطنية لكرب الصدمة عند الأطفال» معايير تشخيص اضطراب كرب ما بعد الصدمة[١٩٨]. ولأنهم غالبًا ما يكونون منغلقين، أو مرتابين، أو عدوانيين، فإنهم يتلقون الآن تشخيصات علمية زائفة مثل «اضطراب التحدي والمعارضة»، والذي يعني أن «هذا الطفل يكرهني ولن يفعل أي شيء أقوله له»، أو «اضطراب عدم انتظام المزاج التخريبي»، والذي يعني أنه يعاني نوبات غضب. بالنظر إلى معاناتهم من العديد من المشكلات، فإن هؤلاء الأطفال يُراكمون عديدًا من التشخيصات بمرور الوقت. قبل بلوغهم العشرينيات من العمر، يُمنح العديد من المرضى أربعًا، أو خمسًا، أو ستًّا، أو أكثر من هذه التسميات المثيرة للإعجاب ولكن الخالية من المعنى. إذا تلقوا أي علاج على الإطلاق، فإنهم يحصلون على كل ما يُروَّج له على أنه طرق لإدارة اليوم: الأدوية، أو تعديل السلوك، أو العلاج بالتعرُّض. نادرًا ما تعمل هذه الطريقة وغالبًا ما تسبب مزيدًا من الضرر.

كلما عالجت «الشبكة الوطنية لكرب الصدمة عند الأطفال» مزيدًا ومزيدًا من الأطفال، أصبح من الواضح بشكل متزايد أننا بحاجة إلى تشخيص يلتقط حقيقة تجربتهم. بدأنا بقاعدة بيانات تضمُّ ما يقرب من عشرين ألف طفل

كانوا يتلقون العلاج في مواقع مختلفة داخل الشبكة وجمعنا جميع المقالات البحثية التي يمكن أن نجدها عن الأطفال الذين تعرضوا للإساءة والإهمال. فُرِزت المقالات إلى ١٣٠ دراسة ذات صلة بشكل خاص والتي أبلغت عن أكثر من مائة ألف طفل ومراهق في جميع أنحاء العالم. ثم اجتمعت مجموعة عمل أساسية مكونة من اثني عشر طبيبًا/ باحثًا متخصصًا في صدمة الطفولة[١٩٩] مرة في العام على مدى أربعة أعوام لصياغة اقتراح للتشخيص المناسب، والذي قرَّرنا تسميته «اضطراب الصدمة التنموية»[٢٠٠].

في أثناء قيامنا بتنظيم النتائج التي توصلنا إليها، اكتشفنا ملف تعريف متَّسق: ١- نمط منتشر من عدم التنظيم، ٢- مشكلات في الانتباه والتركيز، ٣- صعوبات في الانسجام مع أنفسهم ومع الآخرين. سُرعان ما تحول مزاج ومشاعر هؤلاء الأطفال من النقيض إلى النقيض ـ من نوبات الغضب والذعر إلى الانعزال، والتسطُّح العاطفي، والانفصال. وعندما شعروا بالضيق (وهو ما كان يحصل في معظم الأوقات)، لم يتمكنوا من تهدئة أنفسهم أو وصف ما يشعرون به.

إن وجود نظام بيولوجي يستمر في ضخ هرمونات التوتر للتعامل مع التهديدات الحقيقية أو المتخيلة يؤدي إلى مشكلات جسدية: اضطرابات النوم، والصداع، والألم غير المبرر، والحساسية المفرطة للَّمس أو الصوت. أن يكونوا شديدي الانفعال أو الانغلاق يمنعهم من أن يكونوا قادرين على تكثيف انتباههم وتركيزهم. للتخفيف من توترهم، ينخرطون في ممارسة الاستمناء المزمن، أو الاهتزاز، أو إيذاء النفس (العض، والجرح، والحرق، وضرب النفس، وشد الشعر، وشد الجلد حتى النزف). كما أنه يؤدي إلى صعوبات في معالجة اللغة والتنسيق الحركي الدقيق. ينفقون كل طاقتهم على البقاء مسيطرين، وعادةً ما يواجهون صعوبة في الانتباه إلى أشياء، مثل الواجبات المدرسية، لا تتعلق مباشرة بالنجاة، كما أن فرط الإثارة لديهم يجعلهم مشتتي الانتباه بسهولة.

يجعلهم تكرار التجاهل أو التخلي متشبِّثين واحتياجيين، حتى مع الأشخاص الذين أساءوا إليهم. بعد تعرُّضهم للضرب، والتحرش، وإساءة المعاملة بشكل مزمن، لا يسعهم إلا أن يعرِّفوا أنفسهم على أنهم معيبون ولا قيمة لهم. يشعرون بصدق بكرههم لذواتهم، وإحساسهم بأنهم معيبون، وانعدام قيمتهم. هل من المفاجئ أنهم لم يثقوا بأحد؟ أخيرًا، فإن الجمع بين الشعور العميق بالدونية والمبالغة في رد الفعل تجاه الإحباطات الطفيفة يجعل من الصعب عليهم تكوين صداقات.

نشرنا المقالات الأولى حول النتائج التي توصلنا إليها، وطوَّرنا مقياس تقييم تُحُقِّق من صحته[٢٠١]، وجمعنا بيانات عن نحو ٣٥٠ طفلًا وآبائهم أو أولياء أمورهم بالتبنِّي لإثبات أن هذا التشخيص، اضطراب الصدمة التنموية، التقط النطاق الكامل لما كان خطأً في هؤلاء الأطفال. سيمكِّننا ذلك من إعطائهم تشخيصًا واحدًا، بدلًا من تسميات متعدِّدة، وسيحدِّد بدقة أصل مشكلاتهم في مزيج من الصدمة والتعلُّق المقوَّض.

في فبراير ٢٠٠٩، قدمنا تشخيصنا الجديد المقترح لاضطراب الصدمة التنموية إلى «الجمعية الأمريكية للطب النفسي»، مع ذكر ما يلي في خطاب الإحالة:

> الأطفال الذين ينمون في سياق خطر مستمر، وسوء معاملة، وأنظمة رعاية معطَّلة لا تخدمهم جيدًا أنظمة التشخيص الحالي التي تؤدي إلى تركيزٍ على التحكُّم السلوكي من دون إقرار بالصدمة في العلاقات بين الأشخاص. باستمرار تُظهِر الدراسات التي أُجريت على عواقب صدمة الطفولة في سياق التعرُّض لإساءة المعاملة أو الإهمال على يد مقدمي الرعاية مشكلات مزمنة وحادة فيما يتعلق بتنظيم العاطفة، والتحكُّم في الانفعالات، والانتباه والإدراك، والانفصال، والتعامل مع الآخرين، والمخططات الذاتية والعلائقية. في غياب تشخيص حساس خاص للصدمة، يُشخَّص هؤلاء الأطفال حاليًّا بمتوسط ٣–٨ اضطرابات

> مصاحبة. الممارسة المستمرة المتمثلة في تطبيق تشخيصات مصاحبة متعددة متميزة على الأطفال المصابين بصدمات لها عواقب وخيمة: فهي تتحدى التقتير العلاجي، وتحجب الوضوح التسببي، وتُهدِّد بإحالة العلاج والتدخُّل إلى جانب صغير من علم النفس المرضي للطفل بدلًا من تعزيز مقاربة علاجية شاملة.

بعد وقت قصير من تقديم اقتراحنا، ألقيت محاضرة حول اضطراب الصدمة التنموية في واشنطن العاصمة في اجتماع لمفوضي الصحة العقلية من جميع أنحاء البلاد. عرضوا دعم مبادرتنا من خلال كتابة خطاب إلى «الجمعية الأمريكية للطب النفسي». بدأ الخطاب بالإشارة إلى أن «الرابطة الوطنية لمديري برامج الصحة العقلية الحكومية» خدمت ١,٦ ملايين شخص سنويًّا، بميزانية قدرها ٢٩,٥ مليار دولار، وخلص إلى: «نحث «الجمعية الأمريكية للطب النفسي» على إضافة الصدمة التنموية إلى قائمة المجالات ذات الأولوية لتوضيح وتوصيف أفضل لمسارها وعواقبها السريرية والتأكيد على الحاجة القوية إلى معالجة صدمة النمو في تقييم المرضى».

شعرت بالثقة بأن هذا الخطاب سيضمن أن تأخذ «الجمعية الأمريكية للطب النفسي» اقتراحنا على محمل الجد، ولكن بعد عدة أشهر من تقديمنا، أخبرنا ماثيو فريدمان، المدير التنفيذي لـ«المركز الوطني لاضطراب كرب ما بعد الصدمة» ورئيس اللجنة الفرعية المتعلِّقة بـ«الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية»، أنه من غير المرجح أن يُضمَّن «اضطراب الصدمة التنموية» في الطبعة الخامسة من الدليل. كتب أن الإجماع أنه لا حاجة إلى تشخيص جديد لملء «كوة تشخيصية مفقودة». مليون طفل يتعرَّضون لسوء المعاملة والإهمال كل عام في الولايات المتحدة عبارة عن «كوة تشخيصية»؟

وتابع الخطاب: «إن الفكرة القائلة إن التجارب السلبية في مرحلة الطفولة

المبكرة تؤدي إلى اضطرابات كبيرة في النمو هي حدس سريري أكثر من كونها حقيقة قائمة على البحث. تصدر هذه الإفادة بشكل شائع ولكن لا يمكن دعمها بالدراسات المأمولة». في الواقع، ضمَّنَّا عديدًا من الدراسات المأمولة في اقتراحنا. دعونا نلقِ نظرة على دراستين منها فقط هنا.

كيف تُشكّل العلاقات النمو

بدءًا من عام ١٩٧٥ ولمدة ثلاثين عامًا تقريبًا، تتبع آلان سروف وزملاؤه ١٨٠ طفلًا وعائلاتهم من خلال «دراسة مينيسوتا الطولية للمخاطر والتكيف»[٢٠٢]. في الوقت الذي بدأت فيه الدراسة، كان هناك نقاش حاد حول دور الطبيعة مقابل التنشئة، والطبع مقابل البيئة في النمو البشري، وقد اعتزمت الدراسة الإجابة عن هذه الأسئلة. لم تكن الصدمة موضوعًا شائعًا بعد، ولم تكن إساءة معاملة الأطفال وإهمالهم محورًا مركزيًّا لهذه الدراسة ـ على الأقل في البداية، حتى ظهرت بوصفها أهم عوامل تُنبئ بأداء البالغين.

من خلال العمل مع وكالات طبية واجتماعية محلية، جنَّد الباحثون أمَّهات (قوقازيات) لأول مرة ممن كن فقيرات بما يكفي للتأهُّل للحصول على المساعدة العامة، ولكن لديهن خلفيات مختلفة وأنواع ومستويات مختلفة من الدعم المتاح للوالدية. بدأت الدراسة قبل ثلاثة أشهر من ولادة الأطفال، وتابعت الأطفال لمدة ثلاثين عامًا حتى مرحلة البلوغ، وقيَّمت، وقاست حيثما كان ذلك مناسبًا، جميع الجوانب الرئيسية لأدائهم وجميع الظروف المهمة في حياتهم. نظرت في العديد من الأسئلة الأساسية: كيف يتعلَّم الأطفال الانتباه في أثناء تنظيم استثارتهم (أي تجنب الارتفاعات أو الانخفاضات الشديدة) والحفاظ على اندفاعاتهم تحت السيطرة؟ ما أنواع الدعم التي يحتاجون إليها ومتى يحتاجون إليها؟

بعد مقابلات واختبارات مكثفة للآباء المأمولين، انطلقت الدراسة حقًّا في حضانة الأطفال حديثي الولادة، حيث راقب الباحثون الأطفال

حديثي الولادة وأجروا مقابلات مع الممرضين الذين اعتنوا بهم. ثم قاموا بزيارات منزلية بعد سبعة وعشرة أيام من الولادة. قبل أن يلتحق الأطفال بالصف الأول، أُخضعوا للتقييم هم وأولياء أمورهم بعناية لما مجموعه خمس عشرة مرة. بعد ذلك، أُجريت مقابلات مع الأطفال واختُبروا على فترات منتظمة حتى سن الثامنة والعشرين، مع وجود مدخلات متواصلة من الأمهات والمعلِّمين.

وجد سروف وزملاؤه أن جودة الرعاية والعوامل البيولوجية متشابكة بشكل وثيق. إنه لأمر مدهش أن نرى كيف تُكرِّر نتائج «مينيسوتا» ـ وإن كان مع تعقيد أكبر بكثير ـ ما وجده ستيفن سومي في مختبره الرئيسي. لا شيء غير قابل للتغير. لم تتنبأ شخصية الأم، ولا التشوهات العصبية للرضيع عند الولادة، ولا معدَّل ذكائه، ولا طبعه ـ بما في ذلك مستوى نشاطه وتفاعله مع التوتر ـ بما إذا كان الطفل سيصاب بمشكلات سلوكية خطيرة في مرحلة المراهقة[٢٠٣]. كانت القضية الرئيسية، بالأحرى، هي طبيعة العلاقة بين الوالدين والطفل: كيف يشعر الآباء حيال أطفالهم ويتفاعلون معهم. كما هي الحال مع قرود سومي، فإن الجمع بين الرُّضَّع الهشِّين ومقدمي الرعاية غير المرنين أنتج أطفالًا متشبِّثين وعصبيين. تنبَّأ السلوك غير الحساس، والمُلح، والاقتحامي من جانب الوالدين عند سن ستة أشهر بفرط النشاط ومشكلات الانتباه في مرحلة رياض الأطفال وما بعدها[٢٠٤].

بالتركيز على العديد من جوانب النمو، ولا سيما العلاقات مع مقدمي الرعاية والمعلِّمين والأقران، وجد سروف وزملاؤه أن مقدمي الرعاية لا يساعدون فقط في الحفاظ على الاستثارة ضمن حدود يمكن التحكُّم فيها ولكن أيضًا يساعدون الأطفال على تطوير قدرتهم الخاصة على تنظيم الاستثارة. أما الأطفال الذين دُفِعوا بشكل منتظم إلى فرط الاستثارة وعدم التنظيم فإن التناغم المناسب لأنظمة التثبيط والإثارة الدماغية لم يُطور لديهم، ونشأوا وهم يتوقعون أنهم سيفقدون السيطرة إذا حدث شيء مزعج.

كانت هذه مجموعة سكانية هشة، وبحلول أواخر سن المراهقة، كان نصفها يعاني مشكلات صحية عقلية يمكن تشخيصها. كانت هناك أنماط واضحة: الأطفال الذين تلقوا رعاية متسقة أصبحوا أطفالًا منظَّمين جيدًا، في حين أن تقديم الرعاية غير المنتظم أنتج أطفالًا مستثارين بشكل مزمن فسيولوجيًّا. غالبًا ما ضجَّ أطفال الآباء غير المتوقَّعين مطالبين بالاهتمام وأُصيبوا بإحباط شديد في مواجهة التحديات الصغيرة. جعلتهم استثارتهم المستمرة قَلِقين بشكل مزمن. كان البحث المستمر عن الطمأنينة يقف في طريق اللعب والاستكشاف، ونتيجة لذلك، نشأوا عصبيين وغير مغامرين بشكل مزمن.

أدى إهمال الوالدين أو سوء معاملتهما للأطفال في وقت مبكر إلى مشكلات سلوكية في المدرسة، وتنبأ بمشكلات مع أقرانهم ونقص التعاطف مع ضائقة الآخرين[٢٠٥]. أدى هذا إلى تكوين حلقة مفرغة: استثارتهم المزمنة، إلى جانب الافتقار إلى راحة الوالدين، جعلتهم مزعجين، ومعارضين، وعدوانيين. الأطفال المزعجون والعدوانيون لا يتمتعون بشعبية ويثيرون مزيدًا من الرفض والعقاب، ليس فقط من قِبل مقدمي الرعاية ولكن أيضًا من معلِّميهم وأقرانهم[٢٠٦].

تعلَّم سروف أيضًا كثيرًا عن المرونة: القدرة على التعافي من الشدائد. إلى حد بعيد، كان أهم مؤشر على مدى تعامل المشاركين في بحثه مع خيبات الأمل الحتمية في الحياة هو مستوى الأمان الذي حُدِّد مع مقدم الرعاية الأساسي خلال العامين الأولين من حياته. أخبرني سروف بشكل غير رسمي أنه يعتقد أن المرونة في مرحلة البلوغ يمكن التنبؤ بها من خلال تقدير الأمهات المحبوبات لأطفالهن في سن الثانية[٢٠٧].

الآثار طويلة الأمد لنكاح المحارم

في عام ١٩٨٦، بدأ فرانك بوتنام وبينيلوبي تريكيت، زميله في «المعهد الوطني للصحة العقلية»، أول دراسة مطوَّلة لتأثير الاعتداء الجنسي في نمو

الإناث[٢٠٨]. حتى ظهور نتائج هذه الدراسة، استندت معرفتنا بآثار نكاح المحارم كليًّا إلى تقارير من الأطفال الذين كشفوا مؤخرًا عن تعرضهم لإساءة المعاملة وإلى سرديات من بالغين أعادوا بعد أعوام أو حتى عقود بناء كيف أثَّر نكاح المحارم فيهم. لم تتابع أي دراسة الفتيات في أثناء نضوجهن لفحص مدى تأثير الاعتداء الجنسي في أدائهن المدرسي، وعلاقاتهن بالأقران، ومفهومهن عن ذواتهن، بالإضافة إلى حياة المواعدة لديهن في وقت لاحق. نظر بوتنام وتريكيت أيضًا في التغيرات على مدى الوقت في هرمونات التوتر، والهرمونات التناسلية، وأداء المناعة، والتدابير الفسيولوجية الأخرى. بالإضافة إلى ذلك، استكشفا عوامل الحماية المحتملة، مثل الذكاء والدعم من الأسرة والأقران.

جنَّد الباحثون بشق الأنفس أربعًا وثمانين فتاة أحالتهن «دائرة الخدمات الاجتماعية في مقاطعة كولومبيا» ممن لديهن تاريخ مؤكد من الاعتداء الجنسي على يد أحد أفراد الأسرة. جرت مطابقة هذه المجموعة مع مجموعة مقارنة مكونة من اثنتين وثمانين فتاة من نفس العمر، والعرق، والوضع الاجتماعي والاقتصادي، والتشكيلة الأسرية ممن لم يتعرضن لسوء المعاملة. كان متوسط عمر البداية أحد عشر. على مدى الأعوام العشرين التالية، تمَّ تقييم هاتين المجموعتين بدقة ست مرات، مرة واحدة في العام خلال الأعوام الثلاثة الأولى، ومرة في سن الثامنة عشرة، والتاسعة عشرة، والخامسة والعشرين. شاركت أمَّهاتهن في التقييمات المبكرة، وشارك أطفالهن في التقييم الأخير. بقيت نسبة ٩٦ في المائة من الفتيات، اللواتي كبرن الآن وأصبحن أمهات، في الدراسة منذ بدايتها.

كانت النتائج واضحة: مقارنةً بالفتيات من نفس العمر، والعرق، والظروف الاجتماعية، تعاني الفتيات المعتدى عليهن جنسيًّا مجموعةً كبيرة من الآثار السلبية العميقة، بما في ذلك القصور المعرفي، والاكتئاب، وأعراض الانفصام، والنمو الجنسي المضطرب، ومعدَّلات عالية من السمنة، وتشويه

الذات. وقد تسربن من المدرسة الثانوية بمعدَّل أعلى من المجموعة الطبيعية وكان لديهن المزيد من الأمراض الكبرى واستخدام الرعاية الصحية. كما أظهرن حالات غير طبيعية في استجاباتهن لهرمون التوتر، وبلغن مبكرًا، وراكمن مجموعة من التشخيصات النفسية المختلفة، التي تبدو غير مرتبطة.

كشف بحث المتابعة عديدًا من التفاصيل حول كيفية تأثير الإساءة في النمو. على سبيل المثال، في كل مرة جرى تقييمهن فيها، طُلب من الفتيات في كلتا المجموعتين التحدُّث عن أسوأ ما حدث لهن خلال العام السابق. في أثناء سردهن قصصهن، لاحظ الباحثون مدى انزعاجهن في أثناء قياس فسيولوجيتهن. خلال التقييم الأول، كان رد فعل جميع الفتيات هو الشعور بالضيق. بعد ثلاثة أعوام، ردًّا على السؤال نفسه، ظهرت على الفتيات غير المعنفات مرة أخرى علامات الضيق، لكن الفتيات اللواتي تعرضن للإيذاء انغلقن وأصبحن مخدَّرات. تطابقت بيولوجيتهن مع ردود أفعالهن الملحوظة: خلال التقييم الأول، أظهرت جميع الفتيات زيادة في هرمون التوتر «الكورتيزول»؛ بعد ثلاثة أعوام، انخفض «الكورتيزول» لدى الفتيات اللائي تعرَّضن للإيذاء عندما أبلغن عن أكثر الأحداث إرهاقًا في العام الماضي. بمرور الوقت يتكيَّف الجسم مع الصدمة المزمنة. من عواقب الخدر أنه من غير المحتمل أن يلاحظ المعلِّمون، والأصدقاء، وغيرهم أن الفتاة مستاءة؛ حتى إنها قد لا تُلاحِظ ذلك هي نفسها. من خلال الشعور بالخدر لم تعد تتفاعل مع التوتر كما ينبغي، على سبيل المثال، من خلال اتخاذ إجراءات حمائية.

استوعبت دراسة بوتنام أيضًا الآثار السائدة طويلة المدى لنكاح المحارم في الصداقات والشراكة. قبل بداية سن البلوغ عادةً ما يكون لدى الفتيات اللاتي لا يتعرضن للإيذاء العديد من الصديقات، بالإضافة إلى صبي واحد يعمل كنوع من الجاسوس الذي يخبرهن بما تدور حوله هذه المخلوقات الغريبة، الأولاد. بعد سن المراهقة، تزداد اتصالاتهن مع الأولاد تدريجيًّا.

على النقيض من ذلك، قبل سن البلوغ، نادرًا ما يكون لدى الفتيات المعتدى عليهن أصدقاء مقربون، فتيات أو فتيان، لكن المراهقة تجلب كثيرًا من الاتصالات الفوضوية والمؤلمة غالبًا مع الأولاد.

يُحدِث نقص الأصدقاء في المدرسة الابتدائية فارقًا مهمًّا. ندرك اليوم مدى قسوة فتيات الصف الثالث، والرابع، والخامس. إنه وقت معقَّد وصعب حيث يمكن للصديقات فجأة أن تنقلب بعضهن على بعض وتتلاشى التحالفات في الاستبعادات والخيانات. لكن هناك جانب إيجابي: بحلول الوقت الذي تصل فيه الفتيات إلى المدرسة الإعدادية، يبدأ معظمهن في إتقان مجموعة كاملة من المهارات الاجتماعية، بما في ذلك القدرة على تحديد ما يشعرن به، والتفاوض بشأن العلاقات مع الآخرين، والتظاهر بإعجاب الأشخاص الذين لا يُحبِبنَهم، وما إلى ذلك. وقد أنشأ معظمهن شبكة دعم ثابتة إلى حد ما من الفتيات اللاتي يصبحن فريق استخلاص معلومات التوتر الخاص بهن. عندما يدخلن ببطء عالم الجنس والمواعدة، تمنحهن هذه العلاقات مجالًا للتأمل، والقيل والقال، ومناقشة ما يعنيه كل ذلك.

الفتيات المعتدى عليهن جنسيًّا لديهن مسار نمو مختلف تمامًا. ليس لديهن أصدقاء من أيٍّ من الجنسين لأنهن لا يستطعن الثقة؛ يكرهن أنفسهن، وبيولوجيتهن ضدهن، ما يؤدي بهن إما إلى المبالغة في رد الفعل وإما الخدر. لا يمكنهن مواكبة ألعاب التضمين/ الاستبعاد العادية التي يحركها الحسد، حيث يتعين على اللاعبات البقاء هادئات تحت الضغط. لا يرغب الأطفال الآخرون عادةً في فعل أي شيء معهن - فهن ببساطة غريبات الأطوار جدًّا.

لكن هذه فقط بداية المشكلة. فالفتيات المعزولات اللواتي تعرَّضن للإيذاء ونكاح المحارم ينضجن جنسيًّا قبل عام ونصف العام من الفتيات غير المعتدى عليهن. يسرع الاعتداء الجنسي ساعاتهن البيولوجية ويسرع إفراز الهرمونات الجنسية. في وقت مبكر من سن البلوغ كان لدى الفتيات المعتدى عليهن ثلاثة إلى خمسة أضعاف مستويات «التستوستيرون»

و«الأندروستينيديون»، الهرمونات التي تغذي الرغبة الجنسية، مقارنةً بفتيات مجموعة المقارنة.

يستمر نشر نتائج دراسة بوتنام وتريكيت، لكنها وضعت بالفعل خريطة طريق لا تُقدَّر بثمن للأطباء الذين يتعاملون مع الفتيات المعتدى عليهن جنسيًّا. في «مركز الصدمة»، على سبيل المثال، أبلغ أحد أطبائنا صباح يوم اثنين أن مريضة تدعى عائشة تعرضت للاغتصاب ـ مرة أخرى ـ خلال العطلة الأسبوعية. كانت قد هربت من منزل مجموعتها في الخامسة صباحًا من يوم السبت، وذهبت إلى مكان في بوسطن حيث يتسكع متعاطو المخدرات، ودخنت بعض الحشيش وتعاطت بعض المخدرات الأخرى، ثم غادرت مع مجموعة من الأولاد في سيارة. في الخامسة من صباح الأحد، اغتصبوها جماعيًّا. مثل الكثير من المراهقات اللواتي نعالجهن، لا تستطيع عائشة التعبير عما تريده أو تحتاج إليه ولا يمكنها التفكير في كيفية حماية نفسها. بدلًا من ذلك، تعيش في عالمٍ من الأفعال. محاولة شرح سلوكها بمصطلحات الضحية/ الجاني ليست مفيدة، ولا تسميات مثل «الاكتئاب»، أو «اضطراب التحدي والمعارضة»، أو «الاضطراب الانفجاري المتقطع»، أو «الاضطراب ثنائي القطب»، أو أيٍّ من الخيارات الأخرى التي تقدمها لنا كتيباتنا التشخيصية. ساعدنا عمل بوتنام على فهم كيف تعيش عائشة مع العالم ـ لماذا لا تستطيع أن تخبرنا بما يحدث معها، ولماذا هي مندفعة للغاية وتفتقر إلى الحماية الذاتية، ولماذا تنظر إلينا على أننا مخيفون واقتحاميون أكثر منًّا أشخاصًا يمكن أن يقدموا لها المساعدة.

«الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية» في طبعته الخامسة: تشكيلة حقيقية من «التشخيصات»

عندما نُشر «الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية» في طبعته الخامسة في مايو ٢٠١٣ تضمَّن نحو ثلاثمائة اضطراب في صفحاته

البالغ عددها ٩٤٥ صفحة. يقدم تشكيلة حقيقية من التسميات المحتملة للمشكلات المرتبطة بالصدمات الشديدة في الحياة المبكرة، بما في ذلك بعض التسميات الجديدة مثل «اضطراب تنظيم المزاج التخريبي»[٢٠٩]، «إصابة ذاتية غير انتحارية»، «الاضطراب الانفجاري المتقطع»، «اضطراب المشاركة الاجتماعية غير المنظَّمة»، و«اضطراب التحكم في الانفعالات التخريبية»[٢١٠].

قبل أواخر القرن التاسع عشر، كان الأطباء يصنفون الأمراض وفقًا لمظاهرها السطحية، مثل الحمى والبثور، وهو أمر لم يكن غير معقول، بالنظر إلى أنه لم يكن لديهم سوى القليل من المعلومات[٢١١]. تغيَّر هذا عندما اكتشف علماء مثل لويس باستير وروبرت كوخ أن العديد من الأمراض سببها بكتيريا غير مرئية للعين المجردة. ثم تحول الطب من خلال محاولاته لاكتشاف طرق للتخلص من تلك الكائنات بدلًا من مجرد علاج الدمامل والحمى التي تسبِّبها. مع «الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية» في طبعته الخامسة تراجع الطب النفسي بقوة إلى الممارسة الطبية التي كانت موجودة في أوائل القرن التاسع عشر. على الرغم من حقيقة أننا نعرف أصل العديد من المشكلات التي يحدِّدها، فإن «تشخيصاته» تصف ظواهر سطحية تتجاهل تمامًا الأسباب الكامنة وراءها.

حتى قبل إصدار الطبعة الخامسة من الدليل، نشرت «المجلة الأمريكية للطب النفسي» نتائج اختبارات الصلاحية لتشخيصات جديدة مختلفة، والتي أشارت إلى أن الدليل يفتقر إلى حد كبير إلى ما يُعرف في عالم العلم باسم «الموثوقية» ـ القدرة على الخروج بنتائج متسقة وقابلة للتكرار. بمعنى آخر، الدليل يفتقر إلى الصلاحية العلمية. الغريب أن الافتقار إلى الموثوقية والصلاحية لم يمنع الدليل من الوفاء بالموعد النهائي للنشر، على الرغم من الإجماع شبه العالمي على أنه لا يمثل أي تحسن على نظام التشخيص السابق[٢١٢]. هل يمكن لحقيقة أن «الجمعية الأمريكية للطب النفسي» قد

كسبت ١٠٠ مليون دولار من الدليل في طبعته الرابعة ومن المقرر أن تُحصِّل مبلغًا مشابهًا من الدليل في طبعته الخامسة (لأن جميع ممارسي الصحة العقلية، والعديد من المحامين، وغيرهم من المهنيين سيكونون ملزمين بشراء الإصدار الأخير) أن تكون السبب في وجود نظام التشخيص الجديد هذا؟

الموثوقية التشخيصية ليست قضية مجردة: إذا لم يتمكن الأطباء من الاتفاق على ما يعاني منه مرضاهم، فلا توجد طريقة لتقديم العلاج المناسب. عندما لا تكون هناك علاقة بين التشخيص والعلاج، فلا بد أن يكون المريض المصنَّف بشكل خاطئ مريضًا يتعرض لسوء المعاملة. لا تريد أن تُزال زائدتك الدودية عندما تكون مصابًا بحصوات في الكلى، ولا تريد أن يُصنَّف شخص ما على أنه «معارض» بينما سلوكه، في الواقع، متجذِّر في محاولة حماية نفسه من خطر حقيقي.

في بيان صدر في يونيو ٢٠١١، اشتكت «الجمعية البريطانية لعلم النفس» إلى «الجمعية الأمريكية للطب النفسي» من أن مصادر المعاناة النفسية في الطبعة الخامسة من الدليل قد حُدِّدت «على أنها موجودة داخل الأفراد» وتجاهلت «السببية الاجتماعية التي لا يمكن إنكارها للعديد من هذه المشكلات»[٢١٣]. جاء هذا إلى جانب سيل من الاحتجاجات من قِبل متخصصين أمريكيين، بما في ذلك قادة «الجمعية الأمريكية لعلم النفس» و«جمعية المشورة الأمريكية». لماذا تُستثنى العلاقات أو الظروف الاجتماعية[٢١٤]؟ إذا كنت تهتم فقط بالبيولوجيا المعيبة والجينات المعيوبة بوصفها سببًا للمشكلات العقلية وتتجاهل الهجر، وإساءة المعاملة، والحرمان، فمن المحتمل أن تواجه عديدًا من الطرق المسدودة كما فعلت الأجيال السابقة عندما ألقت باللوم على الأمهات السيئات بشأن كل شيء.

جاء الرفض الأكثر إذهالًا للطبعة الخامسة من الدليل من «المعهد الوطني للصحة العقلية»، الذي يموِّل معظم الأبحاث النفسية في أمريكا. في أبريل ٢٠١٣، قبل أسابيع قليلة من إصدار الطبعة رسميًّا، أعلن مدير المعهد،

توماس إنسل، أن وكالته لم تعد قادرة على دعم «التشخيص المستند إلى الأعراض» الموجود في الدليل[٢١٥]. وبدلًا من ذلك، سيركز المعهد تمويله على ما يسمَّى «معايير المجال البحثي»[٢١٦] لإنشاء إطار عمل لدراسات من شأنها أن تشمل فئات التشخيص الحالية. على سبيل المثال، أحد مجالات المعهد هو «أنظمة الاستثارة/ التعديل (الإثارة، والإيقاع اليومي، والنوم، واليقظة)»، والتي تكون مضطربة بدرجات متفاوتة عند العديد من المرضى.

مثل الطبعة الخامسة من الدليل، يصوِّر إطار عمل «معايير المجال البحثي» الأمراض العقلية على أنها اضطرابات دماغية فقط. وهذا يعني أن التمويل البحثي المستقبلي سوف يستكشف دوائر الدماغ «والتدابير العصبية البيولوجية الأخرى» التي تكمن وراء المشكلات العقلية. يرى إنسل أن هذه هي الخطوة الأولى نحو نوع «الطب الدقيق الذي غيَّر تشخيص السرطان وعلاجه». ومع ذلك، فإن المرض العقلي ليس مثل السرطان على الإطلاق: فالبشر حيوانات اجتماعية، والمشكلات العقلية تنطوي على عدم القدرة على التعايش مع الآخرين، وعدم التوافق، وعدم الانتماء، وبشكل عام عدم القدرة على أن يكون المرء على الموجة نفسها.

كل شيء يخصنا ـ أدمغتنا، وعقولنا، وأجسامنا ـ موجَّه نحو التعاون في النظم الاجتماعية. هذه هي أقوى استراتيجية للبقاء لدينا، ومفتاح نجاحنا كنوع، وهذا بالتحديد هو الذي ينهار في معظم أشكال المعاناة العقلية. كما رأينا في الجزء الثاني، فإن الروابط العصبية في الدماغ والجسم مهمة بشكل حيوي لفهم معاناة الإنسان، ولكن من المهم عدم تجاهل أسس إنسانيتنا: العلاقات والتفاعلات التي تُشكِّل عقولنا وأدمغتنا عندما نكون صغارًا والتي تعطي الجوهر والمعنى لحياتنا كلها.

سيظل الأشخاص الذين لديهم تاريخ من إساءة المعاملة، أو الإهمال، أو الحرمان الشديد غامضين وغير معالَجين إلى حد كبير ما لم ننتبه لتحذير آلان سروف: «لكي نفهم تمامًا كيف نصبح الأشخاص الذين نحن عليهم ـ

التطوُّر المعقد الذي يسير خطوة بخطوة لتوجهاتنا، وقدراتنا، وسلوكنا بمرور الوقت ـ فإن الأمر يتطلب أكثر من قائمة من المكونات، مهما كانت أهمية أيٍّ منها. يتطلب فهمًا لعملية النمو، وكيف تعمل كل هذه العوامل معًا بطريقة مستمرة بمرور الوقت»[٢١٧].

يبدو أن العاملين في الخطوط الأمامية لمجال الصحة العقلية ـ العاملون الاجتماعيون والمعالجون المرهقون الذين يتقاضون أجورًا منخفضة ـ يتفقون مع نهجنا. بعد وقت قصير من رفض «الجمعية الأمريكية للطب النفسي» إدراج اضطراب الصدمة التنموية في «الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية»، أرسل آلاف الأطباء من جميع أنحاء البلاد مساهمات صغيرة إلى «مركز الصدمة» لمساعدتنا في إجراء دراسة علمية كبيرة، تجربة ميدانية، لمزيد من الدراسة لاضطراب الصدمة التنموية. مكَّننا هذا الدعم من إجراء مقابلات مع مئات الأطفال، والآباء، وأولياء الأمور بالتبنِّي، والعاملين في مجال الصحة العقلية في خمسة مواقع مختلفة للشبكة على مدى الأعوام القليلة الماضية باستخدام أدوات مقابلة جرى إنشاؤها علميًا. نُشِرت الآن النتائج الأولى من هذه الدراسات، وسيظهر المزيد في أثناء طباعة هذا الكتاب[٢١٨].

ما الاختلاف الذي يمكن أن يحدثه اضطراب الصدمة التنموية؟

تتمثل إحدى الإجابات في أنه سيركز البحث والعلاج (ناهيك بالتمويل) على المبادئ المركزية التي تكمن وراء الأعراض المتقلبة للأطفال والبالغين المصابين بصدمات مزمنة: اختلال التنظيم البيولوجي والعاطفي المنتشر، والتعلُّق الفاشل أو المعطَّل، ومشكلات الاستمرار في التركيز ومواصلة العمل المتوقَّع، والإحساس الضعيف للغاية بالهوية الشخصية المتماسكة والكفاءة. تتجاوز وتشمل هذه المشكلات جميع فئات التشخيص تقريبًا، ولكن العلاج الذي لا يضعها في المقدمة والمركز من المرجح جدًّا أن

يخطئ. التحدي الأكبر الذي نواجهه هو تطبيق دروس المرونة العصبية، مرونة دوائر الدماغ، لإعادة توصيل الأدمغة وإعادة تنظيم عقول الأشخاص الذين برمجتهم الحياة نفسها لاختبار الآخرين على أنهم تهديدات وأنفسهم على أنهم لا حول لهم ولا قوة.

الدعم الاجتماعي ضرورة بيولوجية وليس خيارًا، وهذه الحقيقة يجب أن تكون العمود الفقري لجميع أشكال الوقاية والعلاج. لا يجب أن يؤدي إدراك الآثار العميقة للصدمة والحرمان في نمو الطفل إلى إلقاء اللوم على الوالدين. يمكننا أن نفترض أن الآباء يبذلون قصارى جهدهم، ولكن يحتاج جميع الآباء إلى المساعدة في رعاية أطفالهم. تقريبًا كل دولة صناعية، باستثناء الولايات المتحدة، تدرك هذا وتوفر شكلًا من أشكال الدعم المضمون للأسر. أظهر جيمس هيكمان، الحائز على جائزة نوبل في الاقتصاد لعام ٢٠٠٠، أن برامج الطفولة المبكرة عالية الجودة التي تشمل الآباء وتعزز المهارات الأساسية لدى الأطفال المحرومين تُعيد ما استُثمر في شكل نتائج محسنة[٢١٩].

في أوائل السبعينيات من القرن العشرين، كان عالم النفس ديفيد أولدز يعمل في مركز للرعاية النهارية في مدينة بالتيمور، حيث جاء العديد من الأطفال في سن ما قبل المدرسة من منازل مزقها الفقر، والعنف المنزلي، وتعاطي المخدرات. وإدراكًا منه أن معالجة مشكلات الأطفال في المدرسة فقط ليست كافية لتحسين ظروف منازلهم، فقد بدأ برنامجًا للزيارات المنزلية، حيث تساعد ممرضات ماهرات الأمهات على توفير بيئة آمنة ومحفِّزة للأطفال، وفي أثناء ذلك، تخيُّل مستقبل أفضل لأنفسهم. بعد عشرين عامًا، لم يكن أطفال الأمهات اللائي حظين بزيارات منزلية أكثر صحة فحسب، بل كانوا أيضًا أقل عرضة للإبلاغ عن تعرضهم لسوء المعاملة أو الإهمال من مجموعة مماثلة لم تحظَ أمهاتها بزيارات. كان من المرجح أيضًا أن يكونوا قد أنهوا دراستهم، وبقوا خارج السجن، وعملوا في وظائف ذات رواتب

جيدة. حسب الاقتصاديون أن كل دولار يُستثمر في الزيارات المنزلية عالية الجودة، والرعاية النهارية، وبرامج ما قبل المدرسة يؤدي إلى توفير سبعة دولارات من مدفوعات الرعاية الاجتماعية، وتكاليف الرعاية الصحية، وعلاج تعاطي المخدرات، والسجن، بالإضافة إلى عائدات ضريبية أعلى بسبب وظائف ذات رواتب أفضل[٢٢٠].

عندما أذهب إلى أوروبا للتدريس، غالبًا ما يتصل بي مسؤولون في وزارات الصحة في الدول الاسكندنافية، أو المملكة المتحدة، أو ألمانيا، أو هولندا ويطلبون مني قضاء ظهرية معهم لمشاركة أحدث الأبحاث حول علاج الأطفال والمراهقين المصابين بصدمات وأسرهم. وينطبق الشيء نفسه على العديد من زملائي. التزمت هذه البلدان بالفعل بالرعاية الصحية الشاملة، وضمان حد أدنى مكفول للأجور، وإجازة أمومة وأبوة مدفوعة لكلا الوالدين بعد ولادة الطفل، ورعاية أطفال عالية الجودة لجميع الأمهات العاملات.

هل يمكن أن تكون لهذه المقاربة في الصحة العامة علاقة بحقيقة أن معدَّل السجن في النرويج هو ٧١/ ٠٠٠ , ١٠٠، وفي هولندا ٨١/ ٠٠٠ , ١٠٠، وفي الولايات المتحدة ٧٨١/ ٠٠٠ , ١٠٠، في حين أن معدَّل الجريمة في تلك البلدان أقل بكثير مما هو عليه في بلدنا، وتكلفة الرعاية الطبية نحو النصف؟ قضى سبعون في المائة من السجناء في كاليفورنيا وقتًا في دور الرعاية في أثناء نشأتهم. تنفق الولايات المتحدة ٨٤ مليار دولار سنويًا لسجن الأشخاص بنحو ٤٤ ألف دولار لكل سجين؛ تنفق دول شمال أوروبا جزءًا صغيرًا من هذا المبلغ. بدلًا من ذلك، تستثمر هذه الدول في مساعدة الآباء على تربية أطفالهم في بيئة آمنة ويمكن التنبؤ بها. يبدو أن درجاتهم في الاختبارات الأكاديمية ومعدَّلات الجريمة تعكس نجاح تلك الاستثمارات.

الجزء الرابع

بصمة الصدمة

الفصل الحادي عشر

كشف الأسرار: مشكلة ذاكرة الصدمة



«إنه لأمر غريب أن تتمتع كل الذكريات بهاتين الخاصيتين. فهي دائمًا مملوءة بالهدوء، وهذا هو أكثر ما يلفت الانتباه بشأنها؛ وحتى عندما لا تكون الأمور على هذا النحو في الواقع، يبدو أنها لا تزال تتمتع بهذه الخاصية. إنها ظهورات صامتة، تخاطبني بالنظرات والإيماءات، عديمة الكلمات وصامتة ـ وصمتها هو بالضبط ما يزعجني».

- إريك ماريا ريمارك، «كل شيء هادئ على الجبهة الغربية»

في ربيع عام ٢٠٠٢، طُلب مني فحص شاب ادعى أنه تعرَّض في أثناء تنشئته للاعتداء الجنسي على يد بول شانلي، وهو قس كاثوليكي خدم في أبرشيته في مدينة نيوتن بولاية ماساتشوستس. يبلغ الشاب الآن من العمر خمسة وعشرين عامًا، ويبدو أنه كان قد نسي الإساءة إلى أن سمع أن القس يخضع حاليًّا للتحقيق بتهم التحرش بأولاد صغار. كان السؤال المطروح عليَّ هو: حتى لو كان يبدو أنه «قمع» الإساءة لأكثر من عقد من الزمان، فهل ذكرياته موثوقة، وهل أنا مستعد للشهادة على هذه الحقيقة أمام قاضٍ؟

سأشارك ما قاله لي هذا الرجل، الذي سأدعوه جوليان، مستندًا إلى

ملاحظاتي الأصلية بشأن الحالة. (حتى لو كان اسمه الحقيقي في السجل العام، فأنا أستخدم اسمًا مستعارًا لأني آمل أن يكون قد استعاد بعض الخصوصية والسلام مع مرور الوقت)[٢٢١].

توضح تجاربه تعقيدات ذاكرة الصدمة. الخلافات حول القضية المرفوعة ضد الأب شانلي تناسب أيضًا بشكل نموذجي العواطف التي دارت حول هذه المسألة منذ أن وصف الأطباء النفسيون لأول مرة الطبيعة غير العادية لذكريات الصدمة في العقود الأخيرة من القرن التاسع عشر.

مغمور بالأحاسيس والصور

في ١١ فبراير ٢٠٠١، كان جوليان يخدم بوصفه شرطيًّا عسكريًّا في قاعدة جوية. خلال واحدة من محادثاته الهاتفية اليومية مع حبيبته، ريتشيل، ذكرت له مقالة رئيسية قرأتها ذلك الصباح في «بوسطن جلوب». قسٌّ يُدعى شانلي يُشتبه في تحرشه بالأطفال. ألم يخبرها جوليان ذات مرة عن أب يُدعى شانلي كان قس أبرشيته في مدينة نيوتن؟ سألَته:

ـ هل فعل أي شيء لك؟

تذكر جوليان في البداية الأب شانلي كرجل طيب دعمه كثيرًا بعد طلاق والديه. لكن مع استمرار المحادثة، بدأ يدخل في حالة من الذعر. فجأة رأى ظل شانلي في إطار باب، وقد مدَّ يده عند ٤٥ درجة، محدقًا إلى جوليان وهو يتبول. قال لريتشيل وقد غمرته العاطفة:

ـ يجب أن أذهب.

اتصل برئيس رحلته، الذي جاء برفقة الرقيب الأول. بعد أن التقى بهما، اقتاداه إلى كاهن القاعدة. يتذكر جوليان أنه قال للكاهن:

ـ هل أنت على دراية بما يحدث في بوسطن؟ هذا حدث معي، أيضًا.

في اللحظة التي سمع فيها نفسه يقول هذه الكلمات، علم على وجه اليقين أن شانلي قد تحرَّش به ـ على الرغم من أنه لم يتذكر التفاصيل. شعر

جوليان بالحرج الشديد من كونه عاطفيًا للغاية؛ كان دائمًا طفلًا قويًا يحتفظ بالأشياء لنفسه.

في تلك الليلة، جلس على زاوية سريره، منحني الظهر، وظن أنه يفقد عقله، وخاف أن يُحبس. خلال الأسبوع التالي، ظلت الصور تتدفق في ذهنه، وخشي أن ينهار تمامًا. فكر في أخذ سكين وغرزه في ساقه فقط لإيقاف الصور الذهنية. ثم بدأت نوبات الهلع تصاحبها تشنجات أطلقَ عليها «نوبات صرع». كان يخمش جسمه حتى النزيف. شعر باستمرار بالحرارة، والعرق، والانزعاج. بين نوبات الهلع «شعر وكأنه ميت حي»؛ كان يراقب نفسه من بعيد، كما لو أن ما يمر به يحدث بالفعل لشخص آخر.

في أبريل، حصل على تسريحٍ إداري، قبل عشرة أيام فقط من استحقاقه الحصول على المزايا الكاملة.

عندما دخل جوليان مكتبي بعد عام تقريبًا، رأيت رجلًا وسيمًا قوي البنية بدا مكتئبًا ومهزومًا. أخبرني على الفور أن مشاعر سيئة جدًّا انتابته بسبب تركه القوات الجوية. أراد أن يجعل منها حياته المهنية، وكان يتلقى دائمًا تقييمات ممتازة. أحب التحديات والعمل الجماعي، وافتقد بنية نمط الحياة العسكرية.

ولد جوليان في إحدى ضواحي بوسطن، وهو ثاني خمسة أطفال. ترك والده العائلة عندما كان جوليان في السادسة من عمره لأنه لم يستطِع تحمل العيش مع والدة جوليان غير المستقرة عاطفيًا. جوليان ووالده يتعايشان بشكل جيد، لكنه في بعض الأحيان يعاتب والده لأنه عمل بجد لإعالة أسرته وتركه لرعاية والدته غير المتوازنة. لم يتلقَّ والداه ولا أيٌّ من إخوته رعاية نفسية ولم ينخرطوا في تعاطي العقاقير.

كان جوليان رياضيًا مشهورًا في المدرسة الثانوية. على الرغم من امتلاكه عديدًا من الأصدقاء، فإنه شعر بالسوء تجاه نفسه وغطى حقيقة كونه طالبًا بليدًا بالشرب والاحتفال. يشعر بالخجل لأنه استفاد من شعبيته ومظهره

الجيد ممارسًا الجنس مع العديد من الفتيات. ذكر رغبته في الاتصال بالعديد منهن للاعتذار عن سوء معاملته لهن.

يتذكر دائمًا كرهه لجسمه. في المدرسة الثانوية، كان يأخذ منشط «الستيرويد» لينفخ عضلاته ويدخن «الماريجوانا» كل يوم تقريبًا. لم يذهب إلى الكلية، وبعد تخرجه في المدرسة الثانوية أصبح عمليًا بلا مأوى لمدة عام تقريبًا لأنه لم يعد قادرًا على العيش مع والدته. ودخل الجيش محاولًا إعادة حياته إلى المسار الصحيح.

التقى جوليان بالأب شانلي في السادسة من عمره عندما كان يأخذ دروسًا في التعاليم المسيحية في كنيسة الأبرشية. تذكر الأب شانلي وهو يُخرِجه من الفصل للاعتراف. نادرًا ما ارتدى الأب شانلي الجبَّة، ويتذكر جوليان سروال القس مضلَّع القماش وذا اللون الأزرق الداكن. ذهبا إلى غرفة كبيرة بها كرسي مواجه لآخر ومقعد للركوع. غُطيت الكراسي باللون الأحمر، وكانت هناك وسادة مخملية حمراء على المقعد. لعبا الورق، وتحولت لعبة الحرب إلى «بوكر تعرٍّ». ثم تذكر أنه وقف أمام مرآة في تلك الغرفة. جعله الأب شانلي ينحني. تذكر الأب شانلي وهو يضع إصبعه في فتحة شرجه. لا يعتقد أن شانلي اخترقه بقضيبه، لكنه يعتقد أن القس وضع إصبعه فيه في مناسبات عديدة.

بخلاف ذلك، اتسمت ذكرياته بعدم التماسك والتجزؤ إلى حد بعيد. كانت لديه ومضات من صور لوجه شانلي وحوادث متفرقة: شانلي يقف عند باب الحمام؛ ينزل القس على ركبتيه و«يحركه» بلسانه. لم يستطِع تحديد عمره عندما حدث ذلك. تذكر القس وهو يخبره بكيفية ممارسة الجنس الفموي، لكنه لم يتذكر قيامه بذلك. تذكر توزيعه للكتيبات في الكنيسة ثم جلوس الأب شانلي بجانبه على أحد المقاعد الطويلة، مداعبًا إياه بإحدى يديه وممسكًا بيد جوليان الموضوعة عليه باليد الأخرى. تذكر أنه، مع تقدمه في السن، كان الأب شانلي يمر بالقرب منه ويداعب

قضيبه. لم يعجب ذلك جوليان لكنه لم يعرف ماذا يفعل لإيقافه. بعد كل شيء، قال لي:

ـ الأب شانلي كان أقرب شيء إلى الله في الحي الذي عشت فيه.

بالإضافة إلى شظايا الذاكرة هذه، من الواضح أن آثار الاعتداء الجنسي فيه نُشِّطَت وأعيد عرضها. في بعض الأحيان، عندما كان يمارس الجنس مع حبيبته، ظهرت صورة الكاهن في رأسه، وكما قال كان «يفقد عقله». قبل أسبوع من مقابلتي معه، دفعت صديقته إصبعها في فمه وقالت مداعبة:

ـ أنت تقوم بجنس فموي رائع.

قفز جوليان وصرخ:

ـ إذا قلتِ ذلك مرة أخرى فسوف أقتلك.

ثم بدأ كلاهما في البكاء خائفين. تبعت ذلك إحدى «نوبات الصرع» التي اعتاد التعرُّض لها، حيث التف في وضع الجنين، وأخذ يرتجف وينتحب كما الأطفال. بينما كان جوليان يخبرني بهذا بدا صغيرًا جدًّا وخائفًا جدًّا.

تقلَّب جوليان بين الشعور بالأسف حيال الرجل المسن الذي أصبح عليه الأب شانلي وبين الرغبة ببساطة في «اصطحابه إلى غرفة في مكان ما وقتله». كما تحدَّث مرارًا وتكرارًا عن مدى شعوره بالخزي، ومدى صعوبة الاعتراف بأنه لا يستطيع حماية نفسه:

ـ لا يجرؤ أحد على مضايقتي، والآن عليَّ أن أخبرك بهذا.

كانت صورة جوليان عن نفسه أنه ضخم وقوي.

كيف نفهم قصة مثل قصة جوليان: أعوام من النسيان الواضح، تليها صور مجزَّأة ومزعجة، وأعراض جسدية درامية، وإعادة تمثيل مفاجئة؟ بوصفي معالجًا يعالج الأشخاص الذين يعانون إرثًا من الصدمة، فإن شاغلي الأساسي ليس تحديد ما حدث لهم بالضبط ولكن مساعدتهم على تحمُّل الأحاسيس، والعواطف، وردود الفعل التي يمرون بها من دون التعرُّض للاختطاف المستمر من قِبلها. عندما يصعد موضوع اللوم، فإن القضية

المركزية التي يجب معالجتها هي عادةً لوم الذات ـ قبول أن الصدمة لم تكن خطأهم، وأنها لم تكن بسبب عيب في أنفسهم، وأنه لا يمكن لأحد أن يستحق ما حدث له على الإطلاق.

ومع ذلك، بمجرد أن تظهر قضية قانونية، يصبح تحديد المسؤولية الجنائية أولوية، ومعها مقبولية الأدلة. سبق لي أن فحصت اثني عشر شخصًا تعرَّضوا للإيذاء بشكل سادي عندما كانوا أطفالًا في دار أيتام كاثوليكية في مدينة بيرلينجتون بولاية فيرمونت. تكلموا عن الأمر (مع العديد من المدَّعين الآخرين) بعد أكثر من أربعة عقود، وعلى الرغم من أن أيًّا منهم لم يكن على اتصال بالآخرين حتى قُدِّمت الدعوى الأولى، فإن ذكريات الإساءة التي تعرَّضوا لها تشابهت بشكل مذهل: سَمَّوا جميعًا الأسماء نفسها والانتهاكات المعينة التي ارتكبها كل قس أو راهبة ـ في الغرف نفسها، وبوجود الأثاث نفسه، وكجزء من الروتين اليومي نفسه. ووافق معظمهم لاحقًا على تسوية خارج المحكمة من أسقفية فيرمونت.

قبل إحالة قضية إلى المحاكمة، يعقد القاضي ما يسمى بجلسة استماع «دوبيرت» لوضع معايير شهادة الخبراء التي ستُقدَّم إلى هيئة المحلفين. في قضية تعود إلى عام ١٩٩٦، أقنعتُ قاضي محكمة دائرة فدرالية في بوسطن أنه من الشائع أن يفقد الأشخاص المصابون بصدمات كل ذكريات الحدث المعني، فقط ليستعيدوا الوصول إليها في شكل كسرات وأجزاء في وقت لاحق. تنطبق المعايير نفسها على قضية جوليان. بينما يظل تقريري لمحاميه سريًّا، فقد استند إلى عقود من الخبرة السريرية والبحوث حول ذاكرة الصدمة، بما في ذلك عمل بعض رواد الطب النفسي الحديث.

الذاكرة العادية مقابل ذاكرة الصدمة

نعلم جميعًا مدى تقلب الذاكرة؛ تتغير قصصنا وتُراجع وتُحدَّث باستمرار. عندما أتحدث أنا، وإخوتي، وأخواتي عن أحداث طفولتنا، ينتهي بنا المطاف

دائمًا بالشعور بأننا نشأنا في عائلات مختلفة ـ فالعديد من ذكرياتنا ببساطة لا تتطابق. إن ذكريات السيرة الذاتية هذه ليست انعكاسات دقيقة للواقع؛ إنها قصص نرويها لننقل رؤيتنا الشخصية إلى تجربتنا.

تتضح القدرة غير العادية للعقل البشري على إعادة كتابة الذكرى في «دراسة جرانت لنمو البالغين»، والتي اتبعت بشكل منهجي الصحة النفسية والجسدية لأكثر من مائتَي رجل في جامعة هارفارد منذ أعوام دراستهم في الصف الثاني ١٩٣٩-١٩٤٤ حتى الوقت الحاضر[٢٢٢]. بالطبع، لم يتوقع مصممو الدراسة أن يذهب معظم المشاركين فيها للقتال في الحرب العالمية الثانية، لكن يمكننا الآن تتبع تطور ذكرياتهم في زمن الحرب. أُجريت مقابلات مفصلة مع الرجال حول تجاربهم الحربية في ١٩٤٥/ ١٩٤٦ ومرة أخرى في ١٩٨٩/ ١٩٩٠. بعد أربعة عقود ونصف العقد، قدمت الأغلبية روايات مختلفة تمامًا عن الروايات المسجلة في المقابلات التي أجروها مباشرة بعد الحرب: مع مرور الوقت، بُيضت الأحداث من رعبها الشديد. في المقابل، أولئك الذين تعرضوا لصدمة ثم أصيبوا باضطراب كرب ما بعد الصدمة لم يعدلوا رواياتهم؛ أُبقيت ذكرياتهم سليمة بشكل جوهري بعد خمسة وأربعين عامًا من انتهاء الحرب.

ما إذا كنا نتذكر أصلًا حدثًا معينًا، ومدى دقة ذكرياتنا عنه، يعتمدان إلى حد كبير على مدى أهميته الشخصية ومدى عاطفتنا تجاهه في ذلك الوقت. العامل الرئيسي هو مستوى الاستثارة عندنا. لدينا جميعًا ذكريات مرتبطة بأشخاص، وأغانٍ، وروائح، وأماكن معينة تبقى معنا لفترة طويلة. لا يزال لدى معظمنا ذكريات دقيقة عن مكان وجودنا وما رأيناه يوم الثلاثاء الموافق ١١ سبتمبر ٢٠٠١، لكن قلة منَّا فقط تتذكر أي شيء على وجه الخصوص عن يوم ١٠ سبتمبر.

تمر معظم التجارب اليومية على الفور في غياهب النسيان. في الأيام العادية، ليس لدينا الكثير لنقوله عندما نعود إلى المنزل في المساء. يعمل

العقل وفقًا لمخططات أو خرائط، ومن المرجح أن تجذب الأحداث التي تقع خارج النمط المحدد انتباهنا. إذا حصلنا على زيادة في الراتب أو أخبرنا أحد الأصدقاء ببعض الأخبار المثيرة، فإننا سنحتفظ بتفاصيل اللحظة، على الأقل لفترة من الوقت. نتذكر الإهانات والإصابات بشكل أفضل: يساعد «الأدرينالين» الذي نفرزه للدفاع عن أنفسنا ضد التهديدات المحتملة على حفر تلك الحوادث في أذهاننا. حتى لو تلاشى محتوى الملاحظة، فإن كرهنا للشخص الذي أدلى بها يستمر عادةً.

عندما يحدث شيء مرعب، مثل رؤية طفل أو صديق يتأذَّى في حادث، نحتفظ بذاكرة مكثفة ودقيقة إلى حد كبير للحدث لفترة طويلة. كما أوضح جيمس ماكجو وزملاؤه، كلما زاد «الأدرينالين» الذي تفرزه، زادت دقة ذاكرتك[٢٢٣]. لكن هذا صحيح فقط إلى حد معين. في مواجهة الرعب ـ ولا سيما رعب «الصدمة التي لا مفر منها» ـ يصبح هذا النظام مرهَقًا وينهار.

بالطبع، لا يمكننا مراقبة ما يحدث في أثناء التجربة الصادمة، ولكن يمكننا إعادة تنشيط الصدمة في المختبر، كما حدث في عمليات مسح الدماغ في الفصلين الثالث والرابع. عندما يُعاد تنشيط آثار الذاكرة للأصوات، والصور، والأحاسيس الأصلية، ينغلق الفص الجبهي، بما في ذلك، كما رأينا، المنطقة اللازمة لوضع المشاعر في شكل كلمات[٢٢٤]، المنطقة التي تخلق إحساسنا بالموقع في وقت ما، والمِهَاد، الذي يدمج البيانات الأولية للأحاسيس الواردة. في هذه المرحلة، يتولى الدماغ العاطفي، الذي لا يخضع للتحكم الواعي ولا يمكنه التواصل بالكلمات، السيطرة. يعبِّر الدماغ العاطفي (المنطقة الحوفية وجذع الدماغ) عن نشاطه المتغير من خلال تغيرات في الاستثارة العاطفية، وفسيولوجيا الجسم، والعمل العضلي. في الظروف العادية، يتعاون نظاما الذاكرة ـ العقلاني والعاطفي ـ لإنتاج استجابة متكاملة. لكن الاستثارة العالية لا تغير التوازن بينهما فحسب، بل

تؤدي أيضًا إلى فصل مناطق الدماغ الأخرى الضرورية للتخزين والإدماج السليمين للمعلومات الواردة، مثل الحُصين والمِهَاد[٢٢٥]. نتيجة لذلك، لا تُنظَّم بصمات التجارب الصادمة كروايات منطقية متماسكة ولكن كآثار حسية وعاطفية مجزأة: صور، وأصوات، وأحاسيس جسدية[٢٢٦]. رأى جوليان رجلًا ممدَّد الذراعين، مَقعدًا طويلًا، سُلمًا، لعبة «بوكر تعرٍّ»؛ شعر بإحساس في قضيبه، إحساس مذعور بالرهبة. لكن كانت هناك قصة قليلة أو معدومة.

كشف أسرار الصدمة

في أواخر القرن التاسع عشر، عندما بدأ الطب لأول مرة الدراسة المنهجية للمشكلات العقلية، كانت طبيعة ذاكرة الصدمة واحدًا من الموضوعات المركزية قيد المناقشة. نُشر عدد هائل من المقالات في فرنسا وإنجلترا عن متلازمة تُعرف باسم «العمود الفقري للسكك الحديدية»، وهي نتيجة نفسية لحوادث السكك الحديدية التي تضمنت فقدان الذاكرة.

ومع ذلك، جاءت أعظم التطورات في دراسة الهستيريا، وهي اضطراب عقلي يتميز بانفجارات عاطفية، وقابلية للإيحاء، وتقلصات وشلل في العضلات على نحو لا يمكن تفسيره من خلال التشريح البسيط[٢٢٧]. كانت الهستيريا ذات يوم تُعَد بلاءً للنساء غير المستقرات أو المتمارضات (يأتي الاسم من الكلمة اليونانية لـ«الرحم»)، وأصبحت الآن نافذة على أسرار العقل والجسم. ترتبط أسماء بعض أعظم الرواد في علم الأعصاب والطب النفسي، مثل جان مارتان شاركو، وبيير جانيت، وسيجموند فرويد، باكتشاف أن الصدمة هي أصل الهستيريا، ولا سيما صدمة الاعتداء الجنسي في مرحلة الطفولة[٢٢٨]. أشار هؤلاء الباحثون الأوائل إلى ذكريات الصدمة على أنها «أسرار مسببة للأمراض»[٢٢٩] أو «طفيليات عقلية»[٢٣٠]، لأنه بقدر ما أراد المصابون أن ينسوا ما حدث، فإن ذكرياتهم استمرت في إجبار نفسها على

الدخول في منطقة الوعي، محاصرةً إياهم في حاضر متجدد باستمرار من الرعب الوجودي[٢٣١].

كان الاهتمام بالهستيريا قويًا بشكل خاص في فرنسا، وكما يحدث في كثير من الأحيان، تكمن جذورها في السياسة السائدة في ذلك الوقت. جان مارتان شاركو، الذي يُنظر إليه على نطاق واسع على أنه أبو علم الأعصاب والذي منح تلاميذ له، مثل جيل دي لا توريت، أسماءهم للعديد من الأمراض العصبية، نشط أيضًا في السياسة. بعد تنازل الإمبراطور نابليون الثالث عن العرش عام ١٨٧٠، كان هناك صراع بين الملكيين (النظام القديم المدعوم من رجال الدين)، ودعاة الجمهورية الفرنسية الوليدة، الذين آمنوا بالعلم والديمقراطية العلمانية. اعتقد شاركو أن المرأة ستكون عاملًا حاسمًا في هذا الصراع، وقدم بحثه عن الهستيريا «تفسيرًا علميًّا لظواهر مثل حالات الاستحواذ الشيطاني، والسحر، وطرد الأرواح الشريرة، والنشوة الدينية»[٢٣٢].

أجرى شاركو دراسات دقيقة عن الارتباطات الفسيولوجية والعصبية للهستيريا عند كلٍّ من الرجال والنساء، والتي أكدت جميعها على الذاكرة المتجسدة ونقص اللغة. على سبيل المثال، نشر في عام ١٨٨٩ حالة مريض يُدعى ليلوج أصيب بشلل في الساقين بعد تعرضه لحادث مروري بعربة يجرها حصان. على الرغم من أن ليلوج سقط على الأرض وفقد وعيه، فإن الأذى لم يُصِب ساقيه، ولم تكن هناك علامات عصبية تشير إلى سبب جسدي لشلله. اكتشف شاركو أنه قبل فقدانه للوعي بقليل، رأى ليلوج عجلات العربة تقترب منه واعتقد بقوة أنه سيتعرض للدهس. وأشار إلى أن «المريض... لا يحتفظ بأي ذكرى... يُردُّ على الأسئلة الموجهة إليه حول هذه النقطة من دون نتيجة. لا يعرف شيئًا أو لا يعرف شيئًا تقريبًا»[٢٣٣]. مثل العديد من المرضى الآخرين في «سالبترييار»، عبَّر ليلوج عن تجربته جسديًّا: بدلًا من تذكر الحادث، أصيب بشلل في ساقيه[٢٣٤].

لوحة لأندريه برويليه

يقدم جان مارتان شاركو حالة مريضة تعاني الهستيريا. حوَّل شاركو «لا سالبترييار»، وهو ملجأ قديم لفقراء باريس، إلى مستشفى حديث. لاحِظ الوضعية الدرامية للمريضة.

لكن بالنسبة إليّ فإن البطل الحقيقي لهذه القصة هو بيير جانيت، الذي ساعد شاركو في إنشاء مختبر أبحاث مكرَّس لدراسة الهستيريا في «سالبترييار». في عام ١٨٨٩، وهو العام نفسه الذي بُني فيه برج إيفل، نشر جانيت أول تقدير علمي بطول كتاب عن الكرب الناجم عن الصدمة: «التلقائية النفسية» (L'automatisme psychologique)[٢٣٥]. اقترح جانيت أن جذور ما نسميه الآن اضطراب كرب ما بعد الصدمة تكمن في تجربة «العواطف العنيفة» أو الاستثارة العاطفية الشديدة. أوضحت هذه الأطروحة أنه بعد تعرُّضهم للصدمة، يستمر الناس بشكل تلقائي في تكرار بعض الأفعال، والعواطف، والأحاسيس المتعلقة بالصدمة. وعلى عكس شاركو، الذي كان مهتمًّا بشكل أساسي بقياس وتوثيق الأعراض الجسدية للمرضى،

أمضى جانيت ساعات لا حصر لها في التحدث معهم، في محاولة لاكتشاف ما يدور في أذهانهم. أيضًا على عكس شاركو، الذي ركز بحثه على فهم ظاهرة الهستيريا، كان جانيت أولًا وقبل كل شيء طبيبًا هدفه علاج مرضاه. ولهذا السبب، درستُ تقارير الحالة الخاصة به بالتفصيل ولهذا السبب أصبح أحد أهم أساتذتي(٢٣٦).

فقدان الذاكرة والانفصال وإعادة التمثيل

كان جانيت أول من أشار إلى الفارق بين «ذاكرة السرد» ـ القصص التي يرويها الناس عن الصدمة ـ وذاكرة الصدمة نفسها. كانت أحد تواريخ الحالة الخاصة به قصة إيرين، وهي امرأة شابة أُدخلت المستشفى بعد وفاة والدتها من مرض السل(٢٣٧). رعت إيرين والدتها لعدة أشهر بينما استمرت في العمل خارج المنزل لإعالة والدها المدمن على الكحول ودفع مصاريف الرعاية الطبية لوالدتها. عندما ماتت والدتها، حاولت إيرين ـ المنهكة من التوتر وقلة النوم ـ لعدة ساعات إحياء الجثة، ونادت والدتها، وحاولت إدخال الدواء في حلقها. وفي لحظة ما سقط الجسم الهامد من الفراش بينما كان والد إيرين المخمور مغمى عليه في مكان قريب. حتى بعد وصول العمة والبدء في التحضير للدفن، استمر إنكار إيرين. كان لا بد من إقناعها لحضور الجنازة، وضحكت طوال الطقوس. بعد بضعة أسابيع، أُحضِرَت إلى «سالبترييار»، حيث تولى جانيت حالتها.

بالإضافة إلى فقدان الذاكرة بسبب وفاة والدتها، عانت إيرين أعراضًا أخرى: كانت تحدق عدة مرات في الأسبوع، في حالة تشبه الغيبوبة، إلى فراش فارغ، وتتجاهل كل ما يدور حولها وتبدأ في الاعتناء بشخص وهمي. أعادت بدقة إنتاج تفاصيل وفاة والدتها، بدلًا من تذكرها.

يتذكر الأشخاص المصابون بصدمات قليلًا وكثيرًا في الوقت نفسه. من ناحية أخرى، لم تكن لدى إيرين ذاكرة واعية بوفاة والدتها ـ لم تستطِع سرد

قصة ما حدث. ومن ناحية أخرى، اضطرت إلى ترجمة أحداث وفاة والدتها جسديًّا. ينقل مصطلح جانيت «التلقائية» الطبيعة اللاإرادية واللاواعية إلى أفعالها.

عالج جانيت إيرين لعدة أشهر، بشكل رئيسي بالتنويم المغناطيسي. في النهاية سألها مرة أخرى عن وفاة والدتها. بدأت إيرين في البكاء وقالت:

ـ لا تذكِّرني بتلك الأشياء الفظيعة... أمي كانت ميتة وأبي كان مخمورًا تمامًا، كما هي الحال دائمًا. اضطررت إلى العناية بجثتها طوال الليل. فعلت كثيرًا من الأشياء السخيفة من أجل إحيائها... في الصباح فقدت عقلي.

لم تكن إيرين قادرة على سرد القصة فحسب، بل استعادت أيضًا مشاعرها:

ـ أشعر بالحزن والهجر الشديدين.

وصف جانيت ذاكرتها الآن بأنها «مكتملة»، لأنها أصبحت الآن مصحوبة بالمشاعر المناسبة.

لاحظ جانيت فروقًا مهمة بين الذاكرة العادية وذاكرة الصدمة. ذكريات الصدمة تُعجِّلها محفزات محددة. في حالة جوليان، كان المحفز هو التعليقات الإغرائية لحبيبته؛ في حالة إيرين كان فِراشًا. عندما يُحفَّز عنصر واحد من تجربة صادمة، فمن المرجح أن تتبع العناصر الأخرى تلقائيًّا.

ذاكرة الصدمة ليست مكثفة: استغرق الأمر من إيرين ثلاثًا إلى أربع ساعات لإعادة تمثيل قصتها، لكن عندما تمكنت أخيرًا من سرد ما حدث، استغرق الأمر أقل من دقيقة. التمثيل الصادم لا يخدم أي وظيفة. في المقابل، الذاكرة العادية قابلة للتكيُّف؛ قصصنا مرنة ويمكن تعديلها لتناسب الظروف. الذاكرة العادية هي في الأساس ذاكرة اجتماعية؛ إنها قصة نرويها لغرض ما: في حالة إيرين، لكسب مساعدة طبيبها وراحته؛ في حالة جوليان، لتجنيدي للانضمام إلى بحثه عن العدالة والانتقام. لكن لا يوجد شيء اجتماعي يتعلق بذاكرة الصدمة. لم يخدم غضب جوليان من ملاحظة صديقته أي غرض

مفيد. تُجمَّد عمليات إعادة التمثيل في الوقت، ولا تتغير، وهي دائمًا تجارب وحيدة، ومذلة، ومُوحِشة.

صاغ جانيت مصطلح «الانفصال» لوصف انفصال وعزل بصمات الذاكرة التي رآها في مرضاه. كما كان يتمتع ببصيرة بشأن التكلفة الباهظة لإبقاء هذه الذكريات الصادمة بعيدًا. كتب لاحقًا أنه عندما ينفصل المرضى عن تجربتهم الصادمة، يصبحون «مرتبطين بعائق لا يُتغلَّب عليه»[٢٣٨]: «غير قادرين على دمج ذكرياتهم الصادمة، يبدو أنهم يفقدون قدرتهم على استيعاب التجارب الجديدة أيضًا. إن الأمر... كما لو أن شخصيتهم قد توقفت قطعًا عند نقطة معينة، ولا يمكن أن تتوسع أكثر من خلال إضافة أو استيعاب عناصر جديدة»[٢٣٩]. توقع أنهم ما لم يكونوا على دراية بالعناصر المنفصلة وما لم يقوموا بدمجها في قصة حدثت في الماضي ولكن انتهت الآن، فإنهم سيواجهون انخفاضًا بطيئًا في أدائهم الشخصي والمهني. وُثِّقت الآن هذه الظاهرة بشكل جيد في البحث المعاصر[٢٤٠].

اكتشف جانيت أنه في حين أنه من الطبيعي تغير وتشويه ذكريات المرء، لا يستطيع الأشخاص المصابون باضطراب كرب ما بعد الصدمة وضع الحدث الفعلي، مصدر تلك الذكريات، خلفهم. يمنع الانفصال الصدمة من الاندماج داخل المخازن المتكتلة والمتغيرة باستمرار للذاكرة السيرذاتية، ما يؤدي في جوهره إلى إنشاء نظام ذاكرة مزدوج. تُدمِج الذاكرة العادية عناصر كل تجربة في التدفق المستمر للتجربة الذاتية من خلال عملية ارتباط معقدة؛ فكِّر في شبكة كثيفة ولكن مَرِنة حيث يمارس كل عنصر تأثيرًا خفيًا في العديد من العناصر الأخرى. لكن في حالة جوليان، خُزِّنت الأحاسيس، والأفكار، والعواطف الناتجة عن الصدمة بشكل منفصل على أنها شظايا مجمَّدة يصعب فهمها. إذا كانت مشكلة اضطراب كرب ما بعد الصدمة هي الانفصال، فسيكون الهدف من العلاج هو الارتباط: دمج العناصر المقطوعة

للصدمة في السرد المستمر للحياة، بحيث يمكن للدماغ أن يدرك أن «ذاك حدث حينها، وهذا يحدث الآن».

أصول «العلاج بالكلام»

وُلد التحليل النفسي في أجنحة مستشفى سالبترييار. في عام ١٨٨٥، ذهب فرويد إلى باريس للعمل مع شاركو، وسمَّى فيما بعد ابنه البكر جان مارتان تشريفًا لشاركو. في عام ١٨٩٣، استشهد فرويد ومعلمه في فيينا، جوزيف بروير، بكلٍّ من شاركو وجانيت في ورقة بحثية رائعة حول سبب الهستيريا. أعلنا أن «الهستيريين يعانون بشكل رئيسي من الذكريات»، وواصلا ملاحظين أن هذه الذكريات لا تخضع لـ«عملية تآكل» الذكريات العادية، ولكنها «تستمر لفترة طويلة بنضارة مذهلة». ولا يستطيع الأشخاص المصابون بصدمات التحكم في وقت ظهورها: «يجب علينا... ذكر حقيقة أخرى لافتة للنظر... أن هذه الذكريات، على عكس الذكريات الأخرى من حياتهم السابقة، ليست تحت تصرف المرضى. على العكس من ذلك، هذه التجارب غائبة تمامًا عن ذاكرة المرضى عندما يكونون في حالة نفسية طبيعية، أو تكون موجودة فقط في شكل موجز للغاية»[٢٤١]. (جميع الكلمات المكتوبة بخطٍّ مائل في الفقرات المقتبسة تعود إلى بروير وفرويد).

اعتقد بروير وفرويد أن ذكريات الصدمة ضاعت في الوعي العادي إما لأن «الظروف جعلت رد الفعل مستحيلًا»، وإما لأنها بدأت خلال «تأثيرات مسبِّبة للشلل بشدة، مثل الرعب». في عام ١٨٩٦، ادَّعى فرويد بجرأة أن «السبب النهائي للهستيريا هو دائمًا إغواء الطفل من قِبل شخص بالغ»[٢٤٢]. ثم، في مواجهة الأدلة التي وجدها على انتشار وباء إساءة المعاملة في أفضل العائلات في فيينا ـ وهو وباء، كما أشار، قد يورِّط والده ـ سُرعان ما بدأ في التراجع. تحول التحليل النفسي إلى التركيز على الرغبات والتخيلات اللاواعية، على الرغم من أن فرويد ظل يعترف أحيانًا بواقع الاعتداء الجنسي[٢٤٣]. بعد أن

واجهته أهوال الحرب العالمية الأولى بواقع عصاب القتال، أكد فرويد مجددًا أن الافتقار إلى الذاكرة اللفظية أمر أساسي في الصدمة وأنه، إذا كان الشخص لا يتذكر، فمن المرجح أن يُعبِّر عن ذلك بطريقة جسدية: «يستنسخها ليست كذكرى ولكن كفعل؛ يكررها، من دون أن يعرف، بالطبع، أنه يكرر، وفي النهاية، نفهم أن هذه هي طريقته في التذكر»(٢٤٤).

الإرث الدائم لورقة بروير وفرويد لعام ١٨٩٣ هو ما نسميه الآن «العلاج بالكلام»: «وجدنا، لدهشتنا العظيمة، في البداية، أن كل عَرَض هستيري فردي اختفى فورًا وبشكل دائم عندما نجحنا في تسليط الضوء بوضوح على ذكرى الحدث الذي تسبّب في استفزازها، وإثارة تأثيرها المصاحب، وعندما وصف المريض ذلك الحدث بأكبر قدر ممكن من التفاصيل ووضع التأثير في كلمات (الكلمات المكتوبة بخطٍّ مائل هي كذلك في الأصل). بشكل دائم تقريبًا لا ينتج عن التذكر من دون تأثير أي نتيجة».

يشرحان أنه ما لم يكن هناك «رد فعل نشط» للحدث الصادم، فإن التأثير «يظل مرتبطًا بالذاكرة» ولا يمكن تفريغه. يمكن تفريغ رد الفعل بفعل ما ـ «من الدموع إلى أعمال الانتقام». «لكن اللغة تُستخدم كبديل عن الفعل. من خلال مساعدتها، يمكن «تنفيس» التأثير بالفعالية نفسها تقريبًا». وخلصا إلى أنه «سوف نفهم الآن كيف أن إجراء العلاج النفسي الذي وصفناه في هذه الصفحات له تأثير علاجي. إنه يضع حدًّا للقوة الفعَّالة... التي لم تُنفَّس في الحالة الأولى [أي وقت الصدمة]، من خلال السماح لتأثيرها المخنوق بإيجاد مخرج من خلال الكلام؛ ويخضعها للتصحيح الترابطي بإدخالها في الوعي الطبيعي».

على الرغم من أن التحليل النفسي في حالة خسوف اليوم، فقد استمر «العلاج بالكلام»، وافترض علماء النفس عمومًا أن سرد قصة الصدمة بتفصيل كبير سيساعد الناس على تركها وراءهم. هذا أيضًا إحدى الفرضيات الأساسية للعلاج السلوكي الإدراكي، الذي يُدرَّس اليوم في مساقات علم النفس للخريجين حول العالم.

على الرغم من تغير المسميات التشخيصية، ما زلنا نرى مرضى مشابهين لتلك الحالات التي وصفها شاركو، وجانيت، وفرويد. في عام ١٩٨٦، كتبت أنا وزملائي حالة امرأة كانت تبيع السجائر في ملهى «كوكونت جروف» الليلي في بوسطن عندما احترق في عام ١٩٤٢[٢٤٥]. خلال السبعينيات والثمانينيات من القرن العشرين، أعادت تمثيل هروبها سنويًّا في شارع نيوبري، على بعد بضعة مبانٍ من الموقع الأصلي، ما أدى إلى دخولها المستشفى بتشخيصات مثل الفصام والاضطراب ثنائي القطب. في عام ١٩٨٩، كتبت عن أحد قدامى المحاربين في فيتنام الذي قام سنويًّا بـ«عملية سطو مسلح» في الذكرى السنوية بالضبط لوفاة أحد أصدقائه[٢٤٦]. كان يضع إصبعه في جيب بنطاله، ويدَّعي أنه مسدس، ويطلب من صاحب متجرٍ إفراغ خزنة النقود ـ ما يمنحه متسعًا من الوقت لتنبيه الشرطة. انتهت هذه المحاولة اللاواعية لارتكاب «انتحار على يد شرطي» بعد أن أحال القاضي المحارب القديم إليَّ لتلقي العلاج. بمجرد أن تعاملنا مع ذنبه بشأن وفاة صديقه، لم تكن هناك عمليات إعادة تمثيل أخرى.

تثير مثل هذه الحوادث سؤالًا بالغ الأهمية: كيف يمكن للأطباء، أو ضباط الشرطة، أو الاختصاصيين الاجتماعيين أن يدركوا أن شخصًا ما يعاني ضغوطًا صادمة ما دام يعيد التمثيل بدلًا من التذكُّر؟ كيف يمكن للمرضى تحديد مصدر سلوكهم بأنفسهم؟ إذا لم يكن تاريخهم معروفًا، فمن المحتمل أن يُصنَّفوا على أنهم مجانين أو يعاقبوا كمجرمين بدلًا من مساعدتهم على دمج الماضي.

ذاكرة الصدمة في المحاكمة

ادعى ما لا يقل عن عشرين رجلًا أنهم تعرَّضوا للتحرش على يد بول شانلي، ووصل العديد منهم إلى تسويات مدنية مع أبرشية بوسطن. جوليان كان الضحية الوحيدة التي استُدعيت للإدلاء بشهادتها في محاكمة شانلي. في

فبراير ٢٠٠٥، أدين القس السابق في تهمتَي اغتصاب طفل وتهمتَي اعتداء وضرب طفل. حُكم عليه بالسجن من اثني عشر إلى خمسة عشر عامًا.

في عام ٢٠٠٧، قدم محامي شانلي، روبرت ف. شو الابن، طلبًا بمحاكمة جديدة، طاعنًا في إدانة شانلي بعدِّها إجهاضًا للعدالة. حاول شو إثبات أن «الذكريات المكبوتة» لم تُقبل عمومًا في المجتمع العلمي، وأن الإدانات استندت إلى «علم بالٍ»، وأنه ليست هناك شهادات كافية حول الوضع العلمي للذكريات المكبوتة أمام المحاكمة. رُفِض الاستئناف من قِبل قاضي المحاكمة الأصلي، ولكن بعد عامين نظرت فيه المحكمة القضائية العليا في ولاية ماساتشوستس. وقَّع ما يقرب من مائة من الأطباء النفسيين وعلماء النفس البارزين من جميع أنحاء الولايات المتحدة وثماني دول أجنبية على إفادة لأصدقاء المحكمة تنصُّ على أنه لم يثبت وجود «الذاكرة المكبوتة» قَطُّ، وأنه لا ينبغي قبولها دليلًا. ومع ذلك، في ١٠ يناير ٢٠١٠، أيدت المحكمة بالإجماع إدانة شانلي بهذا البيان: «باختصار، فإن النتيجة التي توصل إليها القاضي بأن عدم وجود اختبار علمي لا يجعل النظرية القائلة إن الفرد قد يعاني فقدان الذاكرة الانفصالي غير موثوقة مدعومة في السجل... لم تكن هناك إساءة استخدام للسلطة التقديرية في قبول شهادة الخبراء حول موضوع فقدان الذاكرة الانفصالي».

في الفصل التالي، سأتحدث أكثر عن الذاكرة والنسيان وكيف أن الجدل حول الذاكرة المكبوتة، الذي بدأ مع فرويد، يستمر حتى يومنا هذا.

الفصل الثاني عشر

الثقل الذي لا يُحتمل للتذكر

«أجسامنا هي النصوص التي تحمل الذكريات وبالتالي فإن التذكر ليس أقل من تناسخ».

- كيتي كانون

الاهتمام العلمي بالصدمة تذبذب بشكل كبير خلال الأعوام الـ ١٥٠ الماضية. كانت وفاة شاركو في عام ١٨٩٣ وتحوُّل فرويد إلى التركيز على الصراعات، والدفاعات، والغرائز الداخلية في جذور المعاناة العقلية مجرد جزء من فقدان الاهتمام العام لدى الطب السائد بالموضوع. سُرعان ما اكتسب التحليل النفسي شعبية كبيرة. في عام ١٩١١، اشتكى الطبيب النفسي في بوسطن، مورتون برنس، الذي درس مع ويليام جيمس وبيير جانيت، من أن المهتمين بآثار الصدمة هم مثل «المحار المغمور بالمد المرتفع في ميناء بوسطن».

استمر هذا الإهمال لبضعة أعوام فقط، لأن اندلاع الحرب العالمية في عام ١٩١٤ واجه الطب وعلم النفس مرة أخرى بمئات الآلاف من الرجال الذين يعانون أعراضًا نفسية غريبة، وحالات طبية غير مفهومة، وفقدانًا في الذاكرة. أتاحت التكنولوجيا الجديدة للصور المتحركة تصوير هؤلاء الجنود، واليوم يمكننا أن نلاحظ على موقع «يوتيوب» وضعياتهم الجسدية الغريبة،

وتعبيراتهم اللفظية الغريبة، وتعبيرات وجوههم المرعوبة، وتشنجاتهم اللاإرادية - التعبير الجسدي المجسَّم للصدمة: «ذكرى منقوشة في العقل، في شكل صور وكلمات داخلية، وفي الوقت نفسه على الجسم»[٢٤٧].

في وقت مبكر من الحرب، ابتكر البريطانيون تشخيص «صدمة القصف»، والذي منح قدامى المحاربين العلاج ومعاش العجز. وكان التشخيص البديل المماثل هو «الوهن العصبي»، ولم يتلقَّ المشخَّص به لا علاجًا ولا معاشًا تقاعديًّا. وكانت مسألة أي تشخيص يُمنح للمريض متروكة لتوجُّه الطبيب المعالج[٢٤٨].

أكثر من مليون جندي بريطاني خدموا في «الجبهة الغربية» في وقت واحد. في الساعات القليلة الأولى من ١ يوليو ١٩١٦ وحده، في «معركة السوم»، تكبَّد الجيش البريطاني ٥٧,٤٧٠ ضحية، من بينهم ١٩,٢٤٠ قتيلًا، وهو أكثر الأيام دموية في تاريخه. يقول المؤرخ جون كيجان عن قائدهم، المارشال دوجلاس هيج، الذي يُهيمن تمثاله اليوم على شارع وايت هول في لندن، الذي كان في يوم من الأيام مركزًا للإمبراطورية البريطانية: «في أسلوبه العام وفي يومياته الخاصة، لا يمكن لمس أي قلق بشأن المعاناة الإنسانية». في «معركة السوم»، «أرسلَ زهرة الشباب البريطاني إلى الموت أو التشويه»[٢٤٩].

مع استمرار الحرب، أثَّرت صدمة القصف بشكل متزايد في كفاءة القوات المقاتلة. بين أخذ معاناة جنودها على محمل الجد والسعي لتحقيق النصر على الألمان، أصدرت «هيئة الأركان العامة البريطانية» «الأمر الروتيني العام رقم ٢٣٨٤» في يونيو من عام ١٩١٧، والذي نصَّ على أنه «لن يُستخدم بأي حال من الأحوال تعبير «صدمة القصف» لفظيًّا أو يُسجَّل في أي تقرير عن حالة أي فوج أو غير ذلك من الضحايا، أو في أي مستشفى أو أي مستند طبي آخر». وصار من المقرر حصول جميع الجنود الذين يعانون مشكلات نفسية على تشخيص واحد هو «لم يُشخَّص بعد، متوتِّر»[٢٥٠]. في نوفمبر

١٩١٧، رفضت «هيئة الأركان العامة» الإذن لتشارلز صمويل مايرز، الذي كان يدير أربعة مستشفيات ميدانية للجنود الجرحى، بتقديم ورقة عن صدمة القصف لـ«المجلة الطبية البريطانية» (British Medical Journal). كان الألمان أكثر عقابية وعاملوا صدمة القصف بعدِّها عيبًا في الشخصية تعاملوا معه بدوره من خلال مجموعة متنوعة من العلاجات المؤلمة، بما في ذلك الصدمات الكهربائية.

في عام ١٩٢٢، أصدرت الحكومة البريطانية «تقرير ساوثبورو»، الذي كان هدفه منع تشخيص صدمة القصف في أي حروب مستقبلية وتقويض أي مطالبات أخرى بالتعويض. واقترح إزالة صدمة القصف من جميع التسميات الرسمية، وأصر على أنه لا ينبغي بعد الآن تصنيف هذه الحالات «كضحايا معركة عند النظر في المرض أو الداء»[٢٥١]. وتمثل الرأي الرسمي في أن القوات المدربة تدريبًا جيدًا، إذا تُزُعِّمَت بشكل صحيح، لن تعاني صدمة القصف، وأن الجنود الذين استسلموا للاضطراب هم جنود غير منضبطين وغير راغبين. بينما استمرت العاصفة السياسية حول شرعية صدمة القصف في الاشتعال لعدة أعوام أخرى، اختفت التقارير حول أفضل السبل للتعامل مع هذه الحالات من المؤلفات العلمية[٢٥٢].

كان مصير قدامى المحاربين في الولايات المتحدة محفوفًا بالمشكلات أيضًا. في عام ١٩١٨، عندما عادوا إلى الوطن من ساحات القتال في فرنسا وإقليم فلاندرز، رُحِّب بهم كأبطال وطنيين، تمامًا مثل الجنود العائدين من العراق وأفغانستان اليوم. في عام ١٩٢٤، صوَّت الكونجرس لمنحهم مكافأة قدرها ١,٢٥ دولار عن كل يوم عملوا فيه في الخارج، لكن أُجِّل الصرف حتى عام ١٩٤٥.

بحلول عام ١٩٣٢، كانت الأمة في خضم «الكساد الكبير»، وفي مايو من ذلك العام، خيَّم نحو خمسة عشر ألفًا من العاطلين عن العمل والمفلسين في «الناشونال مول» في واشنطن العاصمة لتقديم التماس للحصول على

دفوعات فورية لمكافآتهم. هزم مجلس الشيوخ مشروع قانون تحريك عملية صرف المستحقات بأغلبية اثنين وستين مقابل ثمانية عشر. وبعد شهر أمر الرئيس هوفر الجيشَ بفض تخييم قدامى المحاربين. قاد رئيس أركان الجيش الجنرال دوجلاس ماك آرثر القوات، مدعومًا بست دبابات. كان الرائد دوايت دي أيزنهاور هو المسؤول عن الاتصال بشرطة واشنطن، وكان الرائد جورج باتون مسؤولًا عن سلاح الفرسان. اندفع الجنود بحرابهم الثابتة، وألقوا الغاز المسيل للدموع على حشد من قدامى المحاربين. في صباح اليوم التالي، كان «الناشونال مول» مهجورًا واشتعلت النيران في المخيم[٢٥٣]. قدامى المحاربين لم يتلقوا قَطُّ معاشاتهم التقاعدية.

بينما لم تعبأ السياسة والطب بالجنود العائدين، خُلدت ذكرى أهوال الحرب في الأدب والفن. في «كل شيء هادئ على الجبهة الغربية» (*All Quiet on the Western Front*)[٢٥٤]، وهي رواية تتحدث عن تجارب حرب جنود الخطوط الأمامية للكاتب الألماني إريك ماريا ريمارك، تحدَّث بطل الرواية، بول بومر، نيابةً عن جيل كامل: «أعي أنني، من دون أن أدرك ذلك، فقدت مشاعري ـ لم أعد أنتمي إلى هنا، أعيش في عالم غريب. أفضِّل أن أُترك وحدي، وألَّا يزعجني أحد. إنهم يتحدثون كثيرًا ـ لا يمكنني فهمهم ـ إنهم مشغولون فقط بالأشياء السطحية»[٢٥٥]. نُشرت الرواية عام ١٩٢٩، وأصبحت على الفور من أكثر الكتب مبيعًا على مستوى العالم، وتُرجمت إلى خمس وعشرين لغة. وفازت نسخة فيلم هوليوود لعام ١٩٣٠ بـ«جائزة الأكاديمية لأفضل فيلم».

لكن عندما تولى هتلر السلطة بعد بضعة أعوام، كان «كل شيء هادئ على الجبهة الغربية» من أوائل الكتب «المنحطة» التي أحرقها النازيون في الساحة العامة أمام جامعة هومبولت في برلين[٢٥٦]. من الواضح أن الوعي بالآثار المدمرة للحرب في أذهان الجنود كان سيشكل تهديدًا لانزلاق النازيين في جولة أخرى من الجنون.

إن إنكار عواقب الصدمة يمكن أن يلحق الخراب بالنسيج الاجتماعي للمجتمع. لعب رفض مواجهة الضرر الناجم عن الحرب وعدم التسامح مع «الضعف» دورًا مهمًّا في صعود الفاشية والنزعة العسكرية حول العالم في الثلاثينيات من القرن العشرين. أدت تعويضات الحرب الابتزازية بموجب معاهدة فرساي إلى إهانة ألمانيا التي كانت مكلَّلة بالعار بالفعل. في المقابل، تعامل المجتمع الألماني بلا رحمة مع قدامى المحاربين المصابين بصدمات، الذين عوملوا على أنهم مخلوقات دونية. إن سلسلة الإهانات التي يتعرض لها الضعفاء هي التي مهَّدت الطريق للانتهاك النهائي لحقوق الإنسان في ظل النظام النازي: التبرير الأخلاقي للقوي لدحر من هو أدنى ـ الأساس المنطقي للحرب التي تلت ذلك.

الوجه الجديد للصدمة

دفع اندلاع الحرب العالمية الثانية تشارلز صمويل مايرز والطبيب النفسي الأمريكي أبرام كاردينر إلى نشر سجلات عملهما مع جنود وقدامى محاربي الحرب العالمية الأولى. وخدم كلٌّ من «صدمة القصف في فرنسا ١٩١٤–١٩١٨» (*Shell Shock in France 1914-1918*) (١٩٤٠)[٢٥٧] و«العُصابات الصادمة للحرب» (*The Traumatic Neuroses of War*) (١٩٤١)[٢٥٨] بوصفهما مرشدين رئيسين الأطباء النفسيين الذين كانوا يعالجون جنود الصراع الجديد الذين عانوا «عصاب الحرب». كان المجهود الحربي الأمريكي مذهلًا، وعكس التقدم في الطب النفسي في الخطوط الأمامية هذا الالتزام. مرة أخرى، يقدم موقع «يوتيوب» نافذة مباشرة على الماضي: يعرض الفيلم الوثائقي للمخرج الهوليوودي جون هيوستن «فليكن هناك نور» (*Let There Be Light*) (١٩٤٦) العلاج السائد لعُصابات الحرب في ذلك الوقت: التنويم المغناطيسي[٢٥٩].

في فيلم هيوستن، الذي صُوِّر في أثناء خدمته في «فيلق الإشارة بالجيش»،

لا يزال الأطباء أبويين والمرضى شبابًا مرعوبين. لكنهم يُعبِّرون عن صدمتهم بشكل مختلف: في حين أن جنود الحرب العالمية الأولى يعانون تشنُّجات في الوجه وينهارون بأجسام مشلولة، يتحدث الجيل التالي وينكمش. لا تزال أجسامهم تتذكر كل شيء: بطونهم متوترة، وقلوبهم تتسارع، ويغمرهم الذعر. لكن الصدمة لم تؤثر فقط في أجسامهم. سمحت لهم حالة الغيبوبة التي يسببها التنويم المغناطيسي بإيجاد كلمات للأشياء التي كانوا يخشون تذكرها: رعبهم، والذنب الذي يحملونه كناجين، وولاءاتهم المتضاربة. صدمني أيضًا أن هؤلاء الجنود بدا أنهم يسيطرون على غضبهم وعدائهم بشكل أكثر إحكامًا من قدامى المحاربين الأصغر سنًّا الذين عملت معهم. تُشكِّل الثقافةُ التعبيرَ عن الكرب الناجم عن الصدمة.

كتبت المنظِّرة النسوية جيرمين جرير عن علاج اضطراب كرب ما بعد الصدمة الذي تعرَّض له والدها بعد الحرب العالمية الثانية: «عندما فحص [الضباط الطبيون] الرجال الذين أظهروا اضطرابات شديدة وجدوا دائمًا السبب الجذري في تجربة ما قبل الحرب: الرجال المرضى لم يكونوا مادة قتال من الطراز الأول... يفيد الافتراض العسكري [بأن] الحرب ليست هي التي تصيب الرجال بالمرض، ولكن المرضى هم الذين لا يمكنهم خوض الحروب»[٢٦٠]. يبدو من غير المحتمل أن الأطباء قد أفادوا والدها بأي شيء، لكن جهود جرير للتغلب على معاناته ساعدت بلا شك على تأجيج استكشافها للهيمنة الجنسية في جميع مظاهرها القبيحة مثل الاغتصاب، ونكاح المحارم، والعنف المنزلي.

عندما كنت أعمل في «إدارة قدامى المحاربين»، شعرت بالحيرة لأن الغالبية العظمى من المرضى الذين رأيناهم في خدمة الطب النفسي كانوا من الشباب الذي سُرِّح مؤخرًا، في حين أن الممرات والمصاعد التي تؤدي إلى الأقسام الطبية كانت ممتلئة بالرجال المسنين. بدافع الفضول حول هذا التفاوت، أجريت دراسة استقصائية لقدامى محاربي الحرب العالمية الثانية

في العيادات الطبية في عام ١٩٨٣. سجلت الغالبية العظمى منهم نتائج إيجابية لاضطراب كرب ما بعد الصدمة على مقاييس التصنيف التي قمت بإعطائها، لكن علاجهم ركز على الشكاوى الطبية بدلًا من الشكاوى النفسية. عبَّر هؤلاء المحاربون عن معاناتهم من خلال تقلصات المعدة وآلام الصدر بدلًا من الكوابيس والاهتياج، والتي أظهر بحثي أنها أشياء عانوا منها أيضًا. يحدد الأطباء كيفية تعبير مرضاهم عن محنتهم: عندما يشتكي المريض من كوابيس مرعبة ويطلب طبيبه إجراء أشعة سينية على الصدر، يدرك المريض أنه سيحصل على رعاية أفضل إذا ركز على مشكلاته الجسدية. مثل أقاربي الذين قاتلوا في الحرب العالمية الثانية أو أُسروا فيها، كان معظم هؤلاء الرجال مترددين للغاية في مشاركة تجاربهم. كان إحساسي أنه لا الأطباء ولا مرضاهم يريدون معاودة النظر في الحرب.

ومع ذلك، خرج القادة العسكريون والمدنيون من الحرب العالمية الثانية بدروس مهمة فشل الجيل السابق في استيعابها. بعد هزيمة ألمانيا النازية واليابان الإمبراطورية، ساعدت الولايات المتحدة في إعادة بناء أوروبا من خلال خطة مارشال، التي شكلت الأساس الاقتصادي للسنوات الخمسين التالية من السلام النسبي. في الوطن، وفر مشروع قانون «جي آي» التعليم والرهون العقارية لملايين المحاربين القدامى، ما عزز الرفاهية الاقتصادية العامة وخلق طبقة وسطى ذات قاعدة عريضة ومتعلمة جيدًا. قادت القوات المسلحة الأمة في التكامل العرقي والفُرَص. بَنَت «إدارة قدامى المحاربين» منشآت على مستوى البلاد لمساعدة قدامى المحاربين بشأن رعايتهم الصحية. ومع ذلك، مع كل هذا الاهتمام المدروس بالمحاربين العائدين، لم يُتعرَّف على الندوب النفسية للحرب، واختفت عُصابات الصدمة تمامًا من التسميات النفسية الرسمية. ظهرت آخر الكتابات العلمية عن صدمة القتال بعد الحرب العالمية الثانية في عام ١٩٤٧[٢٦١].

كما أشرت سابقًا، عندما بدأت العمل مع قدامى المحاربين في فيتنام، لم يكن هناك كتاب واحد عن صدمة الحرب في مكتبة «إدارة قدامى المحاربين»، لكن حرب فيتنام ألهمت عديدًا من الدراسات، وعملية تشكيل منظمات علمية، وإدراج تشخيص الصدمة، اضطراب كرب ما بعد الصدمة، في الأدبيات المهنية. في الوقت نفسه، كان الاهتمام بالصدمة ينفجر بين عامة الناس.

في عام ١٩٧٤، ذكر كتاب فريدمان وكابلان «المقرَّر الشامل للطب النفسي» (*Comprehensive Textbook of Psychiatry*) أن «نكاح المحارم نادر للغاية، ولا يحدث لأكثر من ١ من كل ١,١ مليون شخص»[٢٦٢]. كما رأينا في الفصل الثاني، استمر هذا المقرَّر الدراسي المرجعي في تمجيد الفوائد المحتملة لنكاح المحارم: «إن مثل هذه النشاطات القائمة على نكاح المحارم تُقلل من فرصة تعرُّض الشخص للذهان وتسمح بتكيف أفضل مع العالم الخارجي... الغالبية العظمى منهن لم تكن أسوأ بسبب تلك التجربة».

كم اتضح ضلال هذه التصريحات عندما صعدت الحركة النسوية، جنبًا إلى جنب مع الوعي بالصدمة عند عودة قدامى المحاربين، ما شجع عشرات الآلاف من الناجيات من الاعتداء الجنسي في الطفولة، والعنف المنزلي، والاغتصاب على التقدم والحديث عن تجاربهن. شُكِّلت مجموعات لرفع الوعي ومجموعات للناجيات، والعديد من الكتب الشعبية ـ بما في ذلك «الشجاعة للشفاء» (*The Courage to Heal*) (١٩٨٨)، كتاب المساعدة الذاتية الأكثر مبيعًا حول الناجيات من نكاح المحارم، وكتاب جوديث هيرمان «الصدمة والتعافي» (*Trauma and Recovery*) (١٩٩٢) ـ ناقشت مراحل العلاج والشفاء بتفصيل كبير.

مُحذَّرًا بالتاريخ، بدأت أتساءل عما إذا كنا نتجه نحو رد فعل سلبي آخر مماثل لما حصل في ١٨٩٥ و١٩١٧ و١٩٤٧ ضد الاعتراف بواقع الصدمة. ثبت أن هذه هي الحال، فبحلول أوائل التسعينيات من القرن العشرين، بدأت

مقالات تظهر في العديد من الصحف والمجلات الرائدة في الولايات المتحدة وأوروبا حول ما يسمى بـ«متلازمة الذاكرة الكاذبة» التي تفترض أن المرضى النفسيين يصنعون ذكريات خاطئة عن الاعتداء الجنسي ادعوا بعد ذلك أنها بقيت نائمة لأعوام عديدة قبل أن تُستعاد.

ما كان مذهلًا في هذه المقالات هو اليقين الذي ذُكرت به أنه لا يوجد دليل على أن الناس يتذكرون الصدمة بشكل مختلف عن تذكرهم للأحداث العادية. أتذكر بوضوح مكالمة هاتفية من مجلة إخبارية أسبوعية مشهورة في لندن، حيث أخبروني أنهم يخططون لنشر مقالة عن ذاكرة الصدمة في العدد التالي، ويسألونني عما إذا كان لديَّ أي تعليقات على هذا الموضوع. كنت متحمسًا جدًّا لسؤالهم وأخبرتهم أن فقدان الذاكرة للأحداث الصادمة قد دُرس لأول مرة في إنجلترا قبل أكثر من قرن. ذكرت عمل جون إريك إريكسن وفريدريك مايرز حول حوادث السكك الحديدية في ستينيات وسبعينيات القرن التاسع عشر، ودراسات تشارلز صمويل مايرز وو. هـ. ر. ريفرز حول مشكلات الذاكرة لدى الجنود المقاتلين في الحرب العالمية الأولى. كما اقترحت عليهم الاطلاع على مقالة نُشرت في مجلة «ذي لانست» في عام ١٩٤٤، والتي وصفت تداعيات إنقاذ الجيش البريطاني بأكمله من شواطئ دنكيرك في عام ١٩٤٠. أكثر من ١٠ في المائة من الجنود الذين دُرسوا عانوا فقدانًا كبيرًا في الذاكرة بعد الإخلاء[٢٦٣]. في الأسبوع التالي، أخبرت المجلة قراءها أنه لا يوجد دليل على الإطلاق على أن الناس يفقدون أحيانًا بعض أو كل ذاكرتهم بشأن الأحداث الصادمة.

لم تكن قضية الاسترجاع المتأخر للصدمة مثيرة للجدل بشكل خاص عندما وصف مايرز وكاردينر هذه الظاهرة لأول مرة في كتبهما عن عصابات القتال في الحرب العالمية الأولى؛ عندما لوحظ فقدان كبير في الذاكرة بعد الإخلاء من دنكيرك؛ أو عندما كتبتُ عن قدامى المحاربين في فيتنام والناجية من حريق ملهى «كوكونت جروف» الليلي. ومع ذلك، خلال الثمانينيات

وأوائل التسعينيات من القرن العشرين، عندما بدأت توثِّق مشكلات مماثلة في الذاكرة لدى النساء والأطفال في سياق العنف المنزلي، نَقلَت جهود ضحايا الإساءة للسعي لتحقيق العدالة ضد الجناة المزعومين القضيةَ من العلم إلى السياسة والقانون. أصبح هذا، بدوره، سياق فضائح الاستغلال الجنسي للأطفال في الكنيسة الكاثوليكية، حيث حُرِّض خبراء الذاكرة بعضهم ضد بعض في قاعات المحاكم في جميع أنحاء الولايات المتحدة ولاحقًا في أوروبا وأستراليا.

ادعى الخبراء الذين يدلون بشهاداتهم نيابةً عن الكنيسة أن ذكريات الاعتداء الجنسي في الطفولة غير موثوقة في أحسن الأحوال، وأن الادعاءات التي قدمها الضحايا المزعومون على الأرجح ناتجة عن ذكريات كاذبة زرعها في أذهانهم معالجون كانوا متعاطفين بشكل مفرط، أو ساذجين، أو مدفوعين بأجنداتهم الخاصة. خلال هذه الفترة، فحصت أكثر من خمسين بالغًا، مثل جوليان، تذكروا تعرضهم للإيذاء على يد قساوسة. وقد رُفِضَت مزاعمهم في نحو نصف القضايا.

علم الذاكرة المكبوتة

في الواقع، كانت هناك مئات المنشورات العلمية التي تمتد لأكثر من قرن لتوثيق كيف يمكن كبت ذكرى الصدمة، فقط لتظهر على السطح بعد أعوام أو عقود[٢٦٤]. أُبلِغ عن فقدان الذاكرة لدى الأشخاص الذين عانوا كوارث طبيعية، وحوادث، وصدمة الحرب، والاختطاف، والتعذيب، ومعسكرات الاعتقال، والإيذاء الجسدي والجنسي. يُعدُّ فقدان الذاكرة الكلي أكثر شيوعًا في الإيذاء الجنسي في فترة الطفولة، حيث تتراوح نسبة الإصابة به بين ١٩ في المائة إلى ٣٨ في المائة[٢٦٥]. هذه المسألة ليست مثيرة للجدل بشكل خاص: في وقت مبكر من عام ١٩٨٠، أقرَّت الطبعة الثالثة من «الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية» بوجود فقدان

الذاكرة للأحداث الصادمة في معايير التشخيص لفقدان الذاكرة الانفصالي: «عدم القدرة على تذكر المعلومات الشخصية المهمة، التي عادةً ما تكون ذات طبيعة صادمة أو موترة، وعدم القدرة هذه من السعة بحيث لا يمكن تفسيرها بالنسيان العادي». وكان فقدان الذاكرة جزءًا من معايير اضطراب كرب ما بعد الصدمة منذ أن قُدِّم هذا التشخيص لأول مرة.

أجرت الدكتورة ليندا ماير ويليامز واحدة من أكثر الدراسات إثارة للاهتمام حول الذاكرة المكبوتة، والتي بدأت عندما كانت طالبة دراسات عليا في علم الاجتماع بجامعة بنسلفانيا في أوائل السبعينيات من القرن العشرين. أجرت ويليامز مقابلات مع ٢٠٦ فتيات تتراوح أعمارهن بين ١٠ إلى ١٢ سنة كن قد أُدخلن إلى غرفة الطوارئ بالمستشفى بعد تعرضهن للإيذاء الجنسي. احتُفِظ بالتحاليل المختبرية، وكذلك المقابلات مع الفتيات وأولياء أمورهن، في السجلات الطبية بالمستشفى. بعد سبعة عشر عامًا، تمكنت ويليامز من تعقُّب ١٣٦ منهن، وقد أصبحن الآن بالغات، وأجرت معهن مقابلات متابعة مكثفة[٢٦٦]. أكثر من ثلث النساء (٣٨ في المائة) لم يتذكرن الإساءة الموثقة في سجلاتهن الطبية، بينما قالت ١٥ امرأة فقط (١٢ في المائة) إنهن لم يتعرضن للإيذاء قَطُّ في طفولتهن. أبلغ أكثر من الثلثين (٦٨ في المائة) عن حوادث أخرى من الإيذاء الجنسي في فترة الطفولة. النساء اللواتي كن أصغر سنًا وقت وقوع الحادث واللواتي تعرضن للتحرش على يد شخص يعرفنه كن أكثر عرضة لنسيان إساءة معاملتهن.

فحصت هذه الدراسة أيضًا موثوقية الذكريات المسترجعة. ذكرت واحدة من كل عشر نساء (١٦ في المائة ممن تذكرن الإساءة) أنها قد نسيت الإساءة في وقت ما في الماضي ولكن تذكر لاحقًا أنها قد حدثت. بالمقارنة مع النساء اللواتي تذكرن دائمًا التحرش بهن، كانت النساء اللواتي تعرضن لفترة سابقة من النسيان أصغر سنًا وقت تعرضهن للإيذاء وكان من غير المرجح أن يتلقين الدعم من أمهاتهن. قررت ويليامز أيضًا أن دقة الذكريات المسترجعة ماثلت

تقريبًا تلك التي لم تُفقد قَطُّ: كانت جميع ذكريات النساء دقيقة بالنسبة إلى الحقائق المركزية للحادث، لكن لم تتطابق أيٌّ من قصصهن بدقة مع كل التفاصيل الموثقة في الملفات الخاصة بهن[٢٦٧].

تُدعم النتائج التي توصلت إليها ويليامز من خلال أبحاث علم الأعصاب الحديثة التي تُظهِر أن الذكريات المستردة تميل إلى العودة إلى بنك الذاكرة مع تعديلات[٢٦٨]. ما دامت الذاكرة لا يمكن الوصول إليها، لا يكون العقل قادرًا على تغييرها. لكن بمجرد أن تبدأ قصة في أن تُسرد، خصوصًا إذا سُردت مرارًا وتكرارًا، فإنها تتغير ـ فعل الإخبار نفسه يغير الحكاية. لا يسع العقل إلا أن يصنع المعنى مما يعرفه، والمعنى الذي نصنعه من حيواتنا يغير ما نتذكره وكيف نتذكره.

بالنظر إلى وفرة الأدلة على أن الصدمة يمكن أن تُنسى وتعود إلى الظهور بعد أعوام، فلماذا ألقى ما يقرب من مائة من علماء الذاكرة ذوي السمعة الطيبة من عدة دول مختلفة بثقل سمعتهم وراء المطالبة بإلغاء إدانة الأب شانلي، بدعوى أن «الذكريات المكبوتة» تستند إلى «علم بالٍ»؟ بالنظر إلى أن فقدان الذاكرة والتذكر المتأخر للتجارب الصادمة لم يوثَّق قَطُّ في المختبر، فقد أنكر بعض العلماء الإدراكيين بشدة وجود هذه الظواهر[٢٦٩] أو أن الذكريات المستردة للصدمة يمكن أن تكون دقيقة[٢٧٠]. ومع ذلك، ما يواجهه الأطباء في غرف الطوارئ، وفي أجنحة الطب النفسي، وفي ساحة المعركة يختلف بالضرورة تمامًا عما يلاحظه العلماء في مختبراتهم الآمنة والمنظَّمة جيدًا.

ضع في حسبانك ما يُعرف بتجربة «الضياع في المركز التجاري»، على سبيل المثال. أظهر باحثون أكاديميون أنه من السهل نسبيًّا غرس ذكريات أحداث لم تحدث قَطُّ، مثل ضياعك في مركز التسوق في طفولتك[٢٧١]. نحو ٢٥ في المائة من الأشخاص في هذه الدراسات «يتذكرون» لاحقًا أنهم كانوا خائفين بل وملأوا التفاصيل الناقصة.

لكن مثل هذه الذكريات لا تنطوي على أيٍّ من الرعب العميق الذي قد يتعرض له الطفل الضائع بالفعل.

خطٌّ بحثيٌّ آخر وثَّق عدم موثوقية شهادات شهود العيان. قد يُعرض مقطع فيديو لسيارة تسير في الشارع على أشخاص ويُسألون بعد ذلك عما إذا كانوا قد رأوا إشارة توقف أو إشارة مرور؛ قد يُطلب من الأطفال أن يتذكروا ما كان يرتديه زائر ذكر إلى فصلهم الدراسي. أظهرت تجارب شهود عيان أخرى أن الأسئلة التي طُرحت على الشهود يمكن أن تغير ما يزعمون تذكره. كانت هذه الدراسات ذات قيمة في وضع العديد من ممارسات الشرطة وقاعة المحكمة موضع تساؤل، لكن ليست لها صلة تُذكر بذاكرة الصدمة.

المشكلة الأساسية هي ما يلي: لا يمكن عدُّ الأحداث التي تحدث في المختبر معادلة للظروف التي تنشأ فيها الذكريات الصادمة. لا يمكن ببساطة إحداث الرعب والعجز المرتبطين باضطراب كرب ما بعد الصدمة في مثل هذا الوضع من جديد. يمكننا دراسة آثار الصدمات الموجودة في المختبر، كما هي الحال في دراساتنا التصويرية، التي اعتمدت على السيناريوهات، للذكريات المباغتة واللاإرادية، ولكن لا يمكن وضع بصمة الصدمة الأصلية هناك. أجرى الدكتور روجر بيتمان دراسة في جامعة هارفارد عرض فيها على طلاب جامعيين فيلمًا بعنوان «وجوه الموت» (Faces of Death)، والذي احتوى على لقطات إخبارية عن حالات موت وإعدام عنيفة. هذا الفيلم، الذي حُظِر الآن على نطاق واسع، متطرف بالقدر الذي يسمح به أي مجلس مراجعة مؤسسي، لكنه لم يتسبب في إصابة متطوعي بيتمان العاديين بأعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة. إذا كنت ترغب في دراسة ذاكرة الصدمة، فعليك دراسة ذكريات الأشخاص الذين تعرضوا بالفعل لصدمة.

ومن المثير للاهتمام أنه بمجرد أن تضاءلت إثارة وربحية شهادات قاعة المحكمة، اختفى الجدل «العلمي» أيضًا، وتُرِك الأطباء للتعامل مع حطام ذاكرة الصدمة.

الذاكرة العادية مقابل ذاكرة الصدمة

في عام ١٩٩٤، قررت أنا وزملائي في «مستشفى ماساتشوستس العام» إجراء دراسة منهجية تُقارِن كيف يتذكَّر الناس التجارب الحميدة والتجارب المروِّعة. وضعنا إعلانات في الصحف المحلية، وفي المغاسل، وعلى لوحات إعلانات اتحاد الطلاب تقول: «هل حدث لك شيء رهيب لا يمكنك أن تُخرجه من عقلك؟ اتصل بالرقم ٠٠٥٥-٧٢٧؛ سندفع لك ١٠,٠٠ دولارات للمشاركة في هذه الدراسة». ردًّا على إعلاننا الأول، ظهر ستة وسبعون متطوعًا[٢٧٢].

بعد أن قدمنا أنفسنا، بدأنا بسؤال كل مشارك: «هل يمكنك إخبارنا عن حدث في حياتك تعتقد أنك ستتذكره دائمًا ولكنه ليس بالحدث الصادم؟». أصبح أحد المشاركين مهتمًّا وقال: «اليوم الذي ولدت فيه ابنتي». ذكر آخرون يوم زفافهم، أو اللعب في فريق رياضي فائز، أو كونهم طلابًا متفوقين تحدثوا نيابةً عن أقرانهم في حفل تخرجهم في المدرسة الثانوية. ثم طلبنا منهم التركيز على تفاصيل حسية محددة لتلك الأحداث، مثل: «هل تكونين في مكان ما وفجأة تظهر لك صورة حية عن شكل زوجك في يوم زفافك؟». كانت الإجابات دائمًا سلبية. «ماذا عن شعورك بجسم زوجك ليلة زفافك؟». (حصلنا على بعض النظرات الغريبة ردًّا على ذلك). تابعنا: «هل سبق لك أن تذكرت بوضوح ودقة الخطاب الذي ألقيته بوصفك طالبًا متفوقًا؟». «هل سبق لك أن شعرت بأحاسيس قوية عند تذكر ولادة طفلك الأول؟». جاءت جميع الردود بالسلب.

ثم سألناهم عن الصدمات التي جلبتهم إلى الدراسة ـ تعرضت الكثيرات للاغتصاب. سألناهن: «هل تتذكرين فجأة كيف كانت رائحة مغتصبك؟». «هل شعرت يومًا بالأحاسيس الجسدية نفسها التي شعرت بها عندما تعرضت للاغتصاب؟». أثارت مثل هذه الأسئلة ردود فعل عاطفية قوية: «هذا هو السبب في أني لا أستطيع الذهاب إلى الحفلات بعد الآن، لأن رائحة الكحول

في أنفاس شخص ما تجعلني أشعر وكأنني أتعرض للاغتصاب مرة أخرى»، أو «لم يعد بإمكاني مطارحة الغرام مع زوجي، لأنه عندما يلمسني بطريقة معينة أشعر وكأني أتعرض للاغتصاب مرة أخرى».

كان هناك اختلافان رئيسيان بين كيفية تحدث الناس عن ذكريات التجارب الإيجابية مقابل التجارب الصادمة: ١- كيفية تنظيم الذكريات، و٢- ردود أفعالهم الجسدية تجاهها. استُدعيت حفلات الزفاف، والمواليد، والتخرج على أنها أحداث من الماضي، قصص لها بداية ووسط ونهاية. لم يقُل أحد إنه كانت هناك فترات نسوا فيها تمامًا أيًّا من هذه الأحداث.

في المقابل، كانت الذكريات الصادمة غير منظمة. تذكَّر المشاركون بعض التفاصيل بوضوح شديد (رائحة المغتصب، الجرح في جبين طفل ميت)، لكنهم لم يتذكروا تسلسل الأحداث أو التفاصيل الحيوية الأخرى (أول شخص وصل للمساعدة، سواء كانت سيارة إسعاف أو سيارة شرطة هي التي نقلتهم إلى المستشفى).

كما سألنا المشاركين كيف تذكروا الصدمة التي تعرضوا لها في ثلاث نقاط زمنية: بعد حدوثها مباشرة؛ وعندما كانوا منزعجين جدًّا من أعراضهم؛ وخلال الأسبوع السابق للدراسة. قال جميع المشاركين المصابين بصدمات إنهم لم يتمكنوا من إخبار أي شخص بالضبط بما حدث بعد الحدث مباشرة. (لن يفاجئ هذا أي شخص عمل في غرفة الطوارئ أو خدمة الإسعاف: يجلس الأشخاص الذين أُحضروا بعد حادث سيارة قُتل فيه طفل أو صديق في صمت مذهل، مصعوقين من الرعب). عاودتهم جميعًا تقريبًا ذكريات مباغتة ولا إرادية: غمرتهم الصور، والأصوات، والأحاسيس، والعواطف. مع مرور الوقت، نُشِّط المزيد من التفاصيل والمشاعر الحسية، لكن معظم المشاركين بدأوا أيضًا في استخراج شيء من المعنى من ذلك. بدأوا في «معرفة» ما حدث وأصبحت لديهم القدرة على رواية القصة لأشخاص آخرين، وهي قصة نسميها «ذكرى الصدمة».

تدريجيًّا، تناقصت الصور والذكريات المباغتة واللاإرادية، ولكن التحسن الأكبر كان في قدرة المشاركين على تجميع تفاصيل الحدث وتسلسله معًا. بحلول وقت دراستنا، كان ٨٥ في المائة منهم قادرين على سرد قصة متماسكة، لها بداية ووسط ونهاية. قلة قليلة فقط افتقدت تفاصيل مهمة. لاحظنا أن الخمسة الذين قالوا إنهم تعرضوا لسوء المعاملة في طفولتهم كان لديهم أكثر السرديات تجزؤًا ـ لا تزال ذكرياتهم تظهر كصور، وأحاسيس جسدية، ومشاعر شديدة.

في جوهرها، أكدت دراستنا نظام الذاكرة المزدوجة الذي وصفه جانيت وزملاؤه في «سالبترييار» قبل أكثر من مائة عام: الذكريات الصادمة تختلف اختلافًا جوهريًّا عن القصص التي نرويها عن الماضي. إنها منفصلة: الأحاسيس المختلفة التي دخلت الدماغ في وقت الصدمة لا تُجمَّع بشكل ملائم في قصة، قطعة من السيرة الذاتية.

ربما كانت النتيجة الأكثر أهمية في دراستنا هي أن تذكُّر الصدمة بكل التأثيرات المرتبطة بها، لا يؤدي بالضرورة إلى حلها، كما ادعى كلٌّ من بروير وفرويد في عام ١٨٩٣ . لم يدعم بحثنا فكرة أن اللغة يمكن أن تحل محل الفعل. يمكن لمعظم المشاركين في دراستنا سرد قصة متماسكة وأيضًا تجربة الألم المرتبط بهذه القصص، لكنهم ظلوا مطاردين من قِبل صور وأحاسيس جسدية لا تطاق. البحث في علاج التعرُّض المعاصر، وهو عنصر أساسي في العلاج السلوكي الإدراكي، له نتائج مخيبة للآمال بالمثل: غالبية المرضى الذين عولجوا بهذه الطريقة لا يزالون يعانون أعراضًا خطيرة لاضطراب كرب ما بعد الصدمة بعد ثلاثة أشهر من نهاية العلاج[٢٧٣]. كما سنرى، يمكن لإيجاد كلمات لوصف ما حدث لك أن يكون أمرًا تحويليًّا، لكنه لا يقضي دائمًا على الذكريات المباغتة واللاإرادية أو يحسن التركيز، أو يحفز المشاركة الحيوية في حياتك أو يقلل فرط الحساسية لخيبات الأمل والإصابات المتصوَّرة.

لا أحد يريد أن يتذكر الصدمة. وفي هذا الصدد لا يختلف المجتمع عن الضحايا أنفسهم. نريد جميعًا أن نعيش في عالم آمن ويمكن التحكم فيه ويمكن التنبؤ به، ويذكرنا الضحايا بأن هذه ليست هي الحال دائمًا. من أجل فهم الصدمة، علينا أن نتغلب على إحجامنا الطبيعي عن مواجهة هذا الواقع وصقل الشجاعة للإصغاء إلى شهادات الناجين.

في كتابه «شهادات الهولوكوست: حطام الذاكرة» (*Holocaust Testimonies: The Ruins of Memory*) (١٩٩١)، كتب لورانس لانجر عن عمله في «أرشيف فيديو فورتونوف» في جامعة ييل: «عند الإصغاء إلى روايات عن تجربة «الهولوكوست»، نكتشف فسيفساء من الأدلة التي تختفي باستمرار في طبقات لا نهاية لها من النقص[٢٧٤]. نتصارع مع بدايات حكاية غير مكتملة بشكل دائم، مليئة بفترات غير مكتملة، يواجهها مشهد شاهد متعثر غالبًا ما يتقلّص إلى صمت محزن بسبب الإغراءات العارمة للذاكرة العميقة». كما يقول أحد شهوده: «إذا لم تكن هناك، فمن الصعب أن تصف وتوضح كيف كان الأمر. كيف كان يعمل هؤلاء الرجال في ظل هذا الضغط، ثم كيف تتواصل حول هذا وتعبِّر عنه لشخص لم يعرف قَطُّ أن مثل هذه الدرجة من الوحشية لا توجد إلا في الخيال».

تصف ناجية أخرى، شارلوت ديلبو، وجودها المزدوج بعد «أوشفيتز»: ««الذات» التي كانت في المعسكر ليست أنا، ليست الشخص الموجود هنا، أمامك. لا، إنه أمر لا يصدق تمامًا. وكل ما حدث لتلك «الذات» الأخرى، تلك الموجودة في «أوشفيتز»، لا يلمسني الآن، أنا، لا يقلقني، ولذا فإن الذاكرة العميقة والذاكرة المشتركة شديدتا التمايز... من دون هذا الانقسام، لم أكن لأتمكن من العودة إلى الحياة»[٢٧٥]. تعلق قائلة إنه حتى الكلمات لها معنى مزدوج: «وإلا، فإن شخصًا ما [في المعسكرات] عُذِّب بالتعطيش لأسابيع لن يتمكن أبدًا من أن يقول مرة أخرى: «أنا عطشان. دعنا نحضِّر

فنجانًا من الشاي». العطش [بعد الحرب] أصبح مرة أخرى مصطلحًا مستخدمًا حاليًّا. من ناحية أخرى، إذا راودني حلم بالعطش الذي شعرت به في «بيركيناو» [مَرافق الإبادة في «أوشفيتز»]، فإني أرى نفسي كما كنت حينها، شاحبة، مجردة من العقل، مترنحة»[٢٧٦].

يستنتج لانجر بشكل مؤرِّق: «من يمكنه أن يجد مقبرة مناسبة لمثل هذه الفسيفساء التالفة للعقل، حيث يمكن أن تستريح في قِطَع؟ تستمر الحياة، ولكن في اتجاهين زمنيين في آن واحد، المستقبل غير قادر على الهروب من قبضة ذكرى محمَّلة بالأسى»[٢٧٧].

جوهر الصدمة هو أنها غامِرة، ولا تُصدَّق، ولا تُطاق. يطلب كل مريض أن نعلِّق إحساسنا بما هو طبيعي وأن نقبل أننا نتعامل مع واقع مزدوج: حقيقة حاضر آمن نسبيًّا ويمكن التنبؤ به يعيش جنبًا إلى جنب مع ماضٍ هدَّام دائم الحضور.

قصة نانسي

قلة من المرضى صاغوا هذه الازدواجية في كلمات بوضوح مثل نانسي، وهي مديرة تمريض في مستشفى في الغرب الأوسط جاءت إلى بوسطن عدة مرات لأخذ مشورتي. بعد ولادة طفلها الثالث بفترة وجيزة، خضعت نانسي لعملية جراحية روتينية للمرضى الخارجيين، وهي ربط القنوات بالمنظار حيث تُكوى قناتا فالوب لمنع الحمل في المستقبل. ومع ذلك، بالنظر إلى أنها لم تحصل على تخدير كافٍ، فقد استيقظت بعد بدء العملية وبقيت واعية حتى النهاية تقريبًا، وسقطت أحيانًا فيما أسمته «نومًا خفيفًا» أو «حلمًا»، وفي بعض الأحيان كانت تعاني الرعب الكامل من وضعها. لم تكن قادرة على تنبيه فريق غرفة العمليات عن طريق التحرك أو البكاء لأنها أُعطيت مُرخيًا عضليًّا قياسيًّا لمنع تقلصات العضلات في أثناء الجراحة.

يُقدَّر الآن حدوث درجة معينة من «الوعي في أثناء التخدير» فيما يقرب

من ثلاثين ألف مريض جراحي في الولايات المتحدة كل عام[٢٧٨]، وقد أدليت بشهادتي سابقًا نيابةً عن العديد من الأشخاص الذين أصيبوا بصدمات من هذه التجربة. نانسي، مع ذلك، لم ترغب في مقاضاة جراحها أو طبيب التخدير الخاص بالعملية. كان تركيزها بالكامل على إحضار حقيقة صدمتها إلى الوعي حتى تتمكن من تحرير نفسها من تدخلاتها في حياتها اليومية. أود أن أنهي هذا الفصل بمشاركة عدة مقاطع من سلسلة رائعة من رسائل البريد الإلكتروني التي وصفت فيها رحلتها الشاقة إلى التعافي.

في البداية لم تعرف نانسي ما حدث لها.

> «عندما عدنا إلى المنزل، كنت لا أزال في حالة ذهول، أفعل الأشياء المعتادة لتسيير أمور الأسرة، ولكن لا أشعر حقًّا أني على قيد الحياة أو أني حقيقية. كانت لديَّ مشكلة في النوم في تلك الليلة. ولأيام، بقيت في عالمي الصغير المنفصل. لم أتمكن من استخدام مجفف الشعر، أو محمصة الخبز، أو الموقد، أو أي شيء دافئ. لم أستطِع التركيز على ما يفعله الناس أو يخبرونني به. فقط لم أهتم. كنت قلقة بشكل متزايد. نمت أقل فأقل. كنت أعرف أني أتصرف بشكل غريب وظللت أحاول فهم ما كان يخيفني».

> «في الليلة الرابعة بعد الجراحة، في نحو الثالثة صباحًا، بدأت أدرك أن الحلم الذي كنت أعيشه طوال هذا الوقت يتعلق بالمحادثات التي سمعتها في غرفة العمليات. نُقلتُ فجأة إلى غرفة العمليات وشعرت باحتراق جسدي المشلول. كنت غارقة في عالم من الرعب والفزع».

تقول نانسي إنه منذ ذلك الحين، تفجَّرت الذكريات والذكريات المباغتة واللاإرادية في حياتها.

> «كان الأمر كما لو أن الباب دُفع قليلًا، ما سمح بالتطفُّل. كان هناك مزيج من الفضول والتجنُّب. ظللت أعاني مخاوف غير منطقية. كنت خائفة بشدة من النوم؛ كنت أشعر بالرعب عند رؤية اللون الأزرق. زوجي، للأسف، كان يتحمل وطأة مرضي. هاجمته من دون أن أنوي ذلك حقًّا. كنت أنام لساعتين إلى ثلاث ساعات على الأكثر، وكان النهار مليئًا

بساعات من الذكريات المباغتة واللاإرادية. ظللت شديدة التنبُّه بشكل مزمن، وشعرت بالتهديد من أفكاري ورغبت في الهروب منها. فقدت ٢٣ رطلًا في ٣ أسابيع. وظل الناس يعلقون على مدى روعة مظهري».

«بدأت أفكر في الموت. طورت وجهة نظر مشوهة جدًّا عن حياتي، حيث تضاءلت كل نجاحاتي وتضخمت إخفاقاتي القديمة. كنت أؤذي زوجي ووجدت أني لا أستطيع حماية أطفالي من احتياجي».

«بعد ثلاثة أسابيع من الجراحة عدت للعمل في المستشفى. المرة الأولى التي رأيت فيها شخصًا يرتدي بدلة جراحية كانت في المصعد. رغبت في الخروج على الفور، لكن بالطبع لم أستطِع. ثم شعرت بهذه الرغبة اللاعقلانية لضربه، التي احتويتها بجهد كبير. أدت هذه الحلقة إلى زيادة الذكريات المباغتة واللاإرادية، والرعب، والانفصال. بكيت طوال الطريق من العمل إلى المنزل. بعد ذلك، أصبحت بارعة في التجنُّب. لم أضع قدمًا في المصعد قَطُّ، ولم أذهب إلى الكافتيريا قَطُّ، وتجنبنا الأدوار الجراحية».

تدريجيًّا، تمكَّنت نانسي من تجميع ذكرياتها المباغتة واللاإرادية معًا وإنشاء ذكرى مفهومة، وإن كانت مرعبة، عن الجراحة التي خضعت لها. وتذكرت تطمينات ممرضي غرفة العمليات وفترة النوم القصيرة بعد بدء عمل التخدير. ثم تذكرت كيف بدأت تستيقظ.

«كان الفريق بأكمله يضحك على علاقة كان يخوضها واحد من الممرضين. وتزامن ذلك مع أول شق جراحي. شعرتُ بطعنة المشرط، ثم القطع، ثم الدم الدافئ يتدفَّق على جلدي. حاولت يائسة التحرك والتحدث، لكن جسمي لم يعمل. لم أستطِع فهم هذا. شعرت بألم أعمق عند انفصال طبقات العضلات بسبب توترها. كنت أعلم أنه ليس من المفترض أن أشعر بهذا».

تتذكر نانسي بعد ذلك شخصًا ما «يفتش» في بطنها وعرَّفت ذلك على أنه أدوات المنظار التي وُضِعَت. شعرت بأن قناتها اليسرى تُشبَّك.

«ثم فجأة كان هناك حرق شديد، ألم حارق. حاولت الهرب، لكن

طرف الكيِّ طاردني، وهو يحرق بلا هوادة. ببساطة لا توجد كلمات لوصف رعب هذه التجربة. لم يكن هذا الألم في عالم الآلام الأخرى نفسها التي عرفتها وتغلبت عليها، مثل كسر عظمة أو الولادة الطبيعية. يبدأ كألم شديد، ثم يستمر بلا هوادة حيث يحرق ببطء عبر القناة. ألم القطع بالمشرط يتضاءل بجانب هذا الألم العملاق».

«ثم، فجأة، شعرت القناة اليمنى بالتأثير الأوَّلي للطرف الحارق. عندما سمعتهم يضحكون، نسيت لفترة وجيزة أين كنت. اعتقدت أني كنت في غرفة تعذيب، ولم أستطِع فهم سبب تعذيبي من دون طلب معلومات... تقلَّص عالمي إلى نطاق ضيق حول طاولة العمليات. لم يكن هناك إحساس بالوقت ولا ماضٍ ولا مستقبل. لم يكن هناك سوى الألم، والرعب، والذعر. شعرت بالعزلة عن البشرية جمعاء، وحيدة بعمق على الرغم من الأشخاص المحيطين بي. وكان النطاق يضيق بي».

«أريد أن أخبرك كيف تبدو الذكريات المفاجئة اللاإرادية. يبدو الأمر كما لو أن الوقت مطوي أو ملتوٍ، بحيث يندمج الماضي والحاضر، كما لو أني انتقلت جسديًّا إلى الماضي. الرموز المتعلقة بالصدمة الأصلية، مهما كانت حميدة في الواقع، ملوثة تمامًا وبالتالي تصبح أشياء يجب كرهها، أو الخوف منها، أو تدميرها إن أمكن، أو تجنبها إن لم يكن الأمر كذلك. على سبيل المثال، أصبح يُنظر إلى المكواة في أي شكل ـ لعبة، مكواة ملابس، مكواة تجعيد ـ على أنها أداة للتعذيب. تركتني كل مواجهة للرداء الطبي، منفصلة، ومرتبكة، ومريضة جسديًّا، وأحيانًا غاضبة عن وعي».

«زواجي ينهار ببطء ـ زوجي يمثل الضاحكين بلا قلب [الفريق الجراحي] الذين يؤذونني. وأنا موجودة في حالة مزدوجة. خدر منتشر يغطيني مثل بطانية؛ ومع ذلك، فإن لمسة طفل صغير تعيدني إلى العالم. للحظة، أكون حاضرة وجزءًا من الحياة، ولست مجرد مراقبة».

«من المثير للاهتمام أني أؤدي وظيفتي بشكل جيد للغاية، وأتلقى باستمرار ردود فعل إيجابية. تستمر الحياة بإحساسها الخاص بالزيف».

«هناك غرابة، عجائبية في هذا الوجود المزدوج. تعبت منه. ومع ذلك،

> لا يمكنني التخلي عن الحياة، ولا يمكنني أن أخدع نفسي بالاعتقاد بأني إذا تجاهلت الوحش فسوف يختفي. فكرت مرات عديدة أني استذكرت جميع الأحداث التي وقعت بخصوص الجراحة، فقط لأجد حدثًا جديدًا».
>
> «هناك الكثير من القطع، في تلك الـ ٤٥ دقيقة من حياتي، التي لا تزال مجهولة. لا تزال ذكرياتي غير مكتملة ومشتتة، لكني لم أعد أعتقد أني بحاجة إلى معرفة كل شيء لفهم ما حدث».
>
> «عندما يهدأ الخوف، أدرك أني أستطيع التعامل معه، لكن جزءًا مني يشكُّ في أني أستطيع ذلك. إن الانجذاب إلى الماضي قوي؛ إنه الجانب المظلم من حياتي، ويجب أن أستغرق فيه من وقت إلى آخر. قد يكون الصراع أيضًا وسيلة لمعرفة أني أنجو ـ إعادة لعب للقتال من أجل النجاة ـ التي يبدو أني فزت بها، لكني لا أستطيع امتلاكها».

ظهرت علامة مبكرة على الشفاء عندما احتاجت نانسي إلى عملية أخرى أكثر شمولًا. اختارت مستشفى في بوسطن لإجراء الجراحة، وطلبت عقد اجتماع قبل الجراحة مع الجراحين وطبيب التخدير على وجه التحديد لمناقشة تجربتها السابقة، وطلبت السماح لي بالانضمام إليهم في غرفة العمليات. للمرة الأولى منذ أعوام عديدة، ارتديت الرداء الطبي للجراحين ورافقتها في غرفة العمليات في أثناء إجراء التخدير. هذه المرة استيقظتْ على شعور بالأمان.

بعد ذلك بعامين، كتبت لنانسي أطلب الإذن منها لاستخدام روايتها حول الوعي في أثناء التخدير في هذا الفصل. في ردها، أطلعتني على التقدم المحرز في شفائها:

> «أتمنى لو أقول إن الجراحة التي رافقتني فيها أنهت معاناتي. للأسف لم تكن هذه هي الحال. بعد نحو ستة أشهر أخرى، اتخذت خيارين أثبتا أنهما جيدان. تركت معالج العلاج السلوكي الإدراكي الخاص بي للعمل مع طبيب نفسي مختص في التغيرات النفسية وانضممت إلى فصل «بيلاتيس»».

«في الشهر الأخير من العلاج، سألت طبيبي النفسي لماذا لم يحاول إصلاحي كما حاول جميع المعالجين الآخرين، على الرغم من أنهم فشلوا. أخبرني أنه يفترض، بالنظر إلى ما كنت قادرة على تحقيقه مع أطفالي وفي حياتي المهنية، أن لديَّ مرونة كافية لشفاء نفسي، إذا خلق بيئة مناسبة لي للقيام بذلك. كانت هذه البيئة عبارة عن ساعة كل أسبوع أصبحت ملجأً أمكنني فيه كشف غموض كيف أصبحت متضررة للغاية ثم إعادة بناء إحساسٍ بنفسي له شكل كامل، وليس مجزأً، ومسالمًا، وليس معذَّبًا. من خلال «البيلاتيس»، وجدت نواة جسدية أقوى، بالإضافة إلى مجتمع من النساء اللواتي قدمن عن طيب خاطر القبول والدعم الاجتماعي اللذين كانا بعيدين عن حياتي منذ الصدمة. هذا المزيج من التعزيز الأساسي ـ النفسي، والاجتماعي، والجسدي ـ خلق إحساسًا بالسلامة الشخصية والإتقان، ما أدى إلى إبعاد ذكرياتي عن الماضي البعيد، ما سمح للحاضر والمستقبل بالظهور».

الجزء الخامس

طرق للتعافي

الفصل الثالث عشر

الشفاء من الصدمة: امتلاك نفسك

«لا أذهب إلى العلاج لمعرفة ما إذا كنت غريب الأطوار
أذهب وأجد الإجابة الوحيدة نفسها كل أسبوع
وعندما أتحدث عن العلاج، أعرف ما يظنه الناس
أنه يجعلك فقط أنانيًّا ومحبًّا لمعالجك
لكن، آه، لكم أحببت كل شخص آخر
عندما أتيحت لي الفرصة أخيرًا للتحدث كثيرًا عن نفسي».

– دار ويليامز، «ما الذي تسمعه في هذه الأصوات»

لا يمكن لأحد أن يُعالج «الحرب»، أو الإساءة، أو الاغتصاب، أو التحرش، أو أي حدث مروع آخر، في هذا الشأن؛ ما حدث لا يمكن التراجع عنه. لكن ما يمكن التعامل معه هو آثار الصدمة في الجسم، والعقل، والروح: الأحاسيس الساحقة الموجودة في صدرك التي قد تسميها القلق أو الاكتئاب؛ الخوف من فقدان السيطرة؛ أن تكون دائمًا في حالة تأهب للخطر أو الرفض؛ كراهية الذات؛ الكوابيس والذكريات المباغتة واللاإرادية؛ الضباب الذي يمنعك من الاستمرار في المهمة ومن الانخراط الكامل في ما تفعله؛ عدم القدرة على فتح قلبك بالكامل لإنسان آخر.

تحرمك الصدمة من الشعور بأنك مسؤول عن نفسك، ما سأسميه القيادة الذاتية في الفصول المقبلة[٢٧٩]. التحدي المتمثل في التعافي هو إعادة تأسيس ملكية جسمك وعقلك ـ نفسك. هذا يعني الشعور بالحرية في معرفة ما تعرفه والشعور بما تشعر به من دون الشعور بالانغمار، أو الاهتياج، أو الخزي، أو الانهيار. بالنسبة إلى معظم الناس، يتضمَّن ذلك ١ - إيجاد طريقة للهدوء والتركيز، ٢ - تعلم الحفاظ على هذا الهدوء استجابةً للصور، أو الأفكار، أو الأصوات، أو الأحاسيس الجسدية التي تذكرك بالماضي، ٣- إيجاد طريقة لتكون على قيد الحياة تمامًا في الوقت الحاضر وتتفاعل مع من حولك، ٤- ألا تضطر إلى إخفاء الأسرار عن نفسك، بما في ذلك أسرار الطرق التي تمكنت من النجاة بها.

هذه الأهداف ليست خطوات يجب تحقيقها، واحدة تلو واحدة، في تسلسل ثابت. إنها تتداخل، وقد يكون بعضها أكثر صعوبة من البعض الآخر، اعتمادًا على الظروف الفردية. في كل فصل من الفصول التالية، سأتحدث عن طرق أو مقاربات محددة لإنجازها. حاولت أن أجعل هذه الفصول مفيدة لكلٍّ من الناجين من الصدمات والمعالجين الذين يعالجونهم. الأشخاص الذين يعانون ضغوطًا مؤقتة قد يجدونها مفيدة أيضًا. استخدمتُ كل طريقة من هذه الطرق على نطاق واسع لعلاج مرضاي، كما أني اختبرتها بنفسي أيضًا. يتحسن بعض الأشخاص باستخدام طريقة واحدة فقط من هذه الطرق، لكن يُساعد معظمهم من خلال مقاربات مختلفة في مراحل مختلفة من تعافيهم.

أُجريت دراسات علمية للعديد من العلاجات التي أصفها هنا ونشرت النتائج البحثية في مجلات علمية خاضعة لمراجعة الأقران الأكاديميين[٢٨٠]. هدفي في هذا الفصل هو تقديم نظرة عامة على المبادئ الأساسية، استعراض تمهيدي لما سيأتي، وبعض التعليقات الموجزة على الأساليب التي لا أغطيها بالتفصيل لاحقًا.

بؤرة تركيز جديدة للتعافي

عندما نتحدث عن الصدمة، غالبًا ما نبدأ بقصة أو سؤال: «ماذا حدث في أثناء الحرب؟»، أو «هل تعرضت للتحرش؟»، أو «دعني أخبرك عن ذلك الحادث أو واقعة الاغتصاب تلك»، أو «هل كان أي شخص في عائلتك يشرب الخمر بشكل أدى إلى مشكلات؟». ومع ذلك، فإن الصدمة أكثر بكثير من مجرد قصة عن شيء حدث منذ فترة طويلة. لا تُختبر العواطف والأحاسيس الجسدية التي طُبعت في أثناء الصدمة كذكريات ولكن كردود فعل جسدية مزعجة في الوقت الحاضر.

من أجل استعادة السيطرة على نفسك، تحتاج إلى إعادة النظر في الصدمة: عاجلًا أم آجلًا تحتاج إلى مواجهة ما حدث لك، ولكن فقط بعد أن تشعر بالأمان وبأنك لن تتعرض للصدمة مرة أخرى. أول ترتيب للأعمال هو إيجاد طرق للتعامل مع الشعور بالانغمار الذي تسببه الأحاسيس والعواطف المرتبطة بالماضي.

كما أظهرت الأجزاء السابقة من هذا الكتاب، فإن محركات تفاعلات ما بعد الصدمة تقع في الدماغ العاطفي. على النقيض من الدماغ العقلاني، الذي يعبر عن نفسه في الأفكار، يعبر الدماغ العاطفي عن نفسه في ردود الفعل الجسدية: الأحاسيس المؤلمة في المعدة، وخفقان القلب، وأن يصبح التنفس سريعًا وضحلًا، ومشاعر الحسرة، والتحدث بصوت متوتر وخشن، وحركات الجسم المميزة التي تدل على الانهيار، أو التصلب، أو الاهتياج، أو وضعية دفاعية.

لماذا لا يمكننا فقط أن نكون عقلانيين؟ وهل يمكن أن يساعد الفهم؟ العقل التنفيذي العقلاني جيد في مساعدتنا على فهم مصدر المشاعر (كما في: «أشعر بالخوف عندما يقترب مني رجل لأن والدي تحرش بي» أو «أجد صعوبة في التعبير عن حبي لابني لشعوري بالذنب لأني قتلت طفلًا في العراق»). ومع ذلك، لا يمكن للدماغ العقلاني أن يلغي العواطف، أو الأحاسيس، أو الأفكار

(مثل العيش مع مستوى منخفض من التهديد أو الشعور بأنك شخص فظيع في الأساس، على الرغم من أنك تعرفين بعقلانية أنك لست مسؤولة عن تعرُّضك للاغتصاب). إن فهم سبب شعورك بطريقة معينة لا يغير ماتشعر به. لكن يمكن أن يمنعك ذلك من الاستسلام لردود الفعل الشديدة (على سبيل المثال، الاعتداء على رئيس في العمل يذكرك بجان، أو الانفصال عن حبيب عند أول خلاف بينكما، أو القفز في أحضان شخص غريب). ومع ذلك، فكلما كنا منهكين، تراجعت أدمغتنا العقلانية وتقدمت عواطفنا[٢٨١].

علاج الجهاز الخوفي

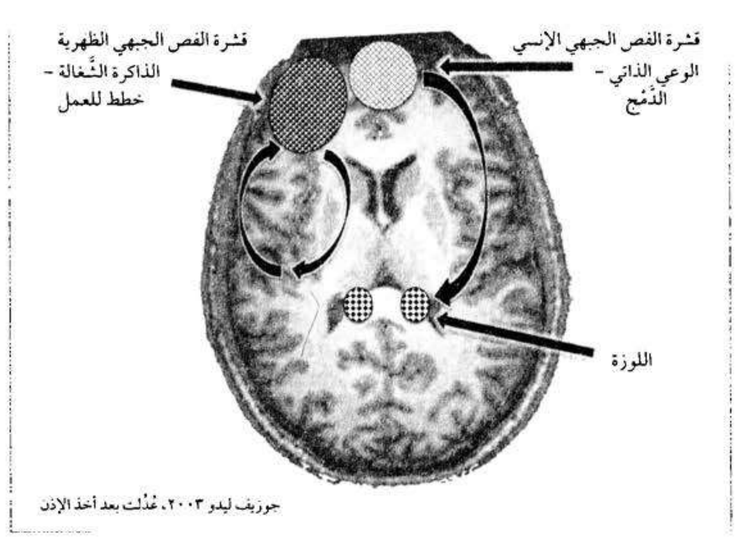
تتمثل المشكلة الأساسية في حل كرب الصدمة في استعادة التوازن المناسب بين الدماغ العقلاني والدماغ العاطفي، بحيث يمكنك الشعور بالمسؤولية عن كيفية استجابتك وكيفية إدارة حياتك. عندما نُدفع إلى حالات مبالغة أو فرْط في الاستثارة، نُدفع خارج «نافذة التسامح» الخاصة بنا ـ نطاق الأداء الأمثل[٢٨٢]. نصبح متفاعلين وغير منظمين؛ تتوقف مرشحاتنا عن العمل ـ الأصوات والأضواء تزعجنا، والصور غير المرغوب فيها من الماضي تتطفل على أذهاننا، ونشعر بالذعر أو ندخل في نوبات من الاهتياج. إذا كنا منغلقين، نشعر بالخدر في الجسم والعقل؛ يصبح تفكيرنا بطيئًا وتكون لدينا مشكلة في القيام من فوق كراسينا.

ما دام الناس إما مفرطون في الاستثارة وإما منغلقون، فلن يتمكنوا من التعلُّم من التجربة. حتى لو تمكنوا من البقاء مسيطرين، فإنهم يصبحون متوترين للغاية (تسمي «مدمنو الكحول المجهولون» (Alcoholics Anonymous) هذا بـ«الرزانة المذعورة») إلى درجة أنهم يكونون غير مرنين، وعنيدين، ومكتئبين. يتضمن التعافي من الصدمة استعادة الأداء التنفيذي ومعه الثقة بالنفس والقدرة على المرح والإبداع.

إذا أردنا تغيير ردود أفعال ما بعد الصدمة، فعلينا الوصول إلى الدماغ

العاطفي والقيام بـ«علاج الجهاز الحوفي»: إصلاح أنظمة التنبيه الخاطئة وإعادة الدماغ العاطفي إلى وظيفته العادية المتمثلة في كونه حضورًا هادئًا في الخلفية يعتني بالتدبير الداخلي للجسم، والتأكد من تناول الطعام، والنوم، والتواصل مع الشركاء الحميميين، وحماية أطفالك، والدفاع ضد الخطر.

رسمة لليشيا سكاي



الوصول إلى الدماغ العاطفي. الجزء العقلاني التحليلي من الدماغ، المتمركز في القشرة الأمامية الجبهية الظهرية، ليست له صلات مباشرة بالدماغ العاطفي، حيث توجد معظم آثار الصدمة، لكن قشرة الفص الجبهي الإنسي، مركز الإدراك الذاتي، تفعل ذلك.

أوضح عالم الأعصاب جوزيف ليدو وزملاؤه أن الطريقة الوحيدة التي يمكننا من خلالها الوصول بوعي إلى الدماغ العاطفي هي من خلال الإدراك الذاتي، أي عن طريق تنشيط قشرة الفص الجبهي الإنسي، ذلك الجزء من الدماغ الذي يلاحظ ما يحدث بداخلنا وبالتالي يسمح لنا بأن نشعر بما نشعر به[٢٨٣]. (المصطلح التقني لهذا هو «الإحساس الداخلي» (interoception) ـ الذي

يعني باللاتينية «النظر إلى الداخل»). معظم عقلنا الواعي مخصص للتركيز على العالم الخارجي: التوافق مع الآخرين ووضع الخطط للمستقبل. ومع ذلك، لا يساعدنا هذا في إدارة أنفسنا. تُظهِر أبحاث علم الأعصاب أن الطريقة الوحيدة التي يمكننا من خلالها تغيير الطريقة التي نشعر بها هي من خلال إدراك تجربتنا الداخلية وتعلُّم مصادقة ما يجري داخل أنفسنا.

مصادقة الدماغ العاطفي

١. التعامل مع الاستثارة المفرطة

على مدى العقود القليلة الماضية، ركز الطب النفسي السائد على استخدام العقاقير لتغيير الطريقة التي نشعر بها، وقد أصبح هذا الطريقة المقبولة للتعامل مع فرط ومبالغة الاستثارة. سأناقش العقاقير لاحقًا في هذا الفصل، لكني بحاجة أولًا إلى التأكيد على حقيقة أن لدينا مجموعة من المهارات الكامنة التي تبقينا متوازنين. رأينا في الفصل الخامس كيف تُسجِّل العواطف في الجسم. نحو ٨٠ في المائة من ألياف العصب المبهم (الذي يربط الدماغ بالعديد من الأعضاء الداخلية) من طبيعة وارِدة؛ أي أنها تجري من الجسم إلى الدماغ[٢٨٤]. هذا يعني أنه يمكننا تدريب نظام الاستثارة بشكل مباشر من خلال الطريقة التي نتنفس، وننشد، ونتحرك بها، وهذا مبدأ يُستخدم منذ زمن بعيد في أماكن مثل الصين والهند، وفي كل ممارسة دينية أعرفها، ولكن يُنظر إليه بشكل مثير للريبة على أنه «بديل» في الثقافة السائدة.

في بحث مدعوم من «المعاهد الوطنية للصحة»، أظهرتُ أنا وزملائي أن عشرة أسابيع من ممارسة «اليوجا» قللت بشكل ملحوظ من أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى المرضى الذين فشلوا في الاستجابة لأي دواء أو لأي علاج آخر[٢٨٥]. (سأناقش «اليوجا» في الفصل السادس

عشر). الارتجاع العصبي، موضوع الفصل التاسع عشر، يمكن أيضًا أن يكون فعّالًا بشكل خاص للأطفال والبالغين الذين يعانون فرط الاستثارة أو الانغلاق بحيث يواجهون صعوبة في التركيز وتحديد الأولويات[٢٨٦].

إن تعلُّم كيفية التنفس بهدوء والبقاء في حالة من الاسترخاء الجسدي النسبي، حتى في أثناء الوصول إلى الذكريات المؤلمة والمروعة، يُعدُّ أداة أساسية للتعافي[٢٨٧]. عندما تأخذ أنفاسًا عميقة وبطيئة عن عمد، ستلاحظ آثار المكبح اللاودي في استثارتك (كما هو موضح في الفصل الخامس). كلما استمر تركيزك على تنفسك، زادت استفادتك، خصوصًا إذا انتبهت حتى نهاية الزفير ثم انتظرت لحظة قبل أن تستنشق مرة أخرى. بينما تستمر في التنفس وتلاحظ الهواء يتحرك داخل وخارج رئتيك، قد تفكر في الدور الذي يلعبه الأكسجين في تغذية جسمك وغسل أنسجتك بالطاقة التي تحتاج إليها لتشعر بالحياة والمشاركة. يوثق الفصل السادس عشر تأثيرات هذه الممارسة البسيطة في الجسم بالكامل.

بالنظر إلى أن التنظيم العاطفي هو القضية الحاسمة في إدارة آثار الصدمة والإهمال، فإنه سيُحدِث فرقًا هائلًا إذا عُلِّم المعلمون، ورقباء الجيش، والآباء بالتبنِّي، ومتخصصو الصحة العقلية بشكل شامل تقنيات التنظيم العاطفي. في الوقت الحالي، لا يزال هذا مجالًا أساسيًّا لمعلمي ما قبل المدرسة ورياض الأطفال، الذين يتعاملون مع الأدمغة غير الناضجة والسلوك الاندفاعي على أساس يومي والذين غالبًا ما تكون لديهم البراعة الشديدة في إدارة ذلك[٢٨٨].

أولت تقاليد الطب النفسي وعلم النفس السائدة في الغرب اهتمامًا ضئيلًا بالإدارة الذاتية. على عكس الاعتماد الغربي على الأدوية والعلاجات اللفظية، تعتمد التقاليد الأخرى من جميع أنحاء العالم على اليقظة العقلية، والحركة، والإيقاعات، والفعل. وتُعدُّ «اليوجا» في الهند، و«التاي تشي» و«الكيجونج» في الصين، وقرع الطبول الإيقاعي في جميع أنحاء أفريقيا

مجرد أمثلة قليلة على ذلك. أنتجت ثقافات اليابان وشبه الجزيرة الكورية فنون الدفاع عن النفس، والتي تركز على تنمية الحركة الهادفة والتركيز في الوقت الحاضر، وهي القدرات التي تضررت عند الأفراد المصابين بصدمات. ومن الأمثلة على ذلك «الأيكيدو»، و«الجودو»، و«التايكوندو»، و«الكيندو»، و«الجوجيتسو»، وكذلك «الكابويرا» من البرازيل. تتضمن كل هذه التقنيات الحركة الجسدية، والتنفس، والتأمل. وبصرف النظر عن «اليوجا»، دُرس عدد قليل من هذه التقاليد العلاجية الشعبية غير الغربية بشكل منهجي لعلاج اضطراب كرب ما بعد الصدمة.

٢. لا عقل من دون يقظة عقلية

يأتي الوعي الذاتي في جوهر التعافي. أهم العبارات في علاج الصدمات هي «لاحظ ذلك» و«ماذا سيحدث بعد ذلك؟». يعيش الأشخاص المصابون بصدمات بأحاسيس تبدو لا تطاق: يشعرون بالانفطار ويعانون أحاسيس لا تُحتمل في جوف المعدة أو ضيقًا في الصدر. ومع ذلك، فإن تجنب الشعور بهذه الأحاسيس في أجسامنا يزيد من ضعفنا أمام تغلبها علينا.

يضعنا الوعي الجسماني على اتصال مع عالمنا الداخلي، تضاريس جهازنا العضوي. إن مجرد ملاحظة انزعاجنا، أو توترنا، أو قلقنا يساعدنا على الفور على تغيير منظورنا ويفتح خيارات جديدة بخلاف ردود أفعالنا التلقائية المعتادة. تجعلنا اليقظة العقلية على اتصال بالطبيعة الانتقالية لمشاعرنا وتصوُّراتنا. عندما نركز اهتمامنا على أحاسيسنا الجسمانية، يمكننا التعرف على مد وجزر عواطفنا، وبذلك، نزيد من سيطرتنا عليها.

غالبًا ما يخاف الأشخاص المصابون بالصدمة من الشعور. ليس الجناة (الذين، كما نأمل، لم يعودوا موجودين لإيذائهم) ولكن أحاسيسهم الجسدية هي العدو الآن. الخوف من التعرض للاختطاف من قِبل أحاسيس غير مريحة يُبقي الجسم متجمدًا والعقل مغلقًا. على الرغم من أن الصدمة أصبحت

شيئًا من الماضي، فإن الدماغ العاطفي يستمر في توليد الأحاسيس التي تجعل المصاب يشعر بالخوف والعجز. ليس من المستغرب أن العديد من الناجين من الصدمات يأكلون ويشربون بشكل قسري، ويخشون ممارسة الحب، ويتجنبون عديدًا من الأنشطة الاجتماعية: إن عالمهم الحسي منطقة محظورة الدخول إلى حد كبير.

من أجل التغيير، عليك أن تنفتح على تجربتك الداخلية. تتمثل الخطوة الأولى في السماح لعقلك بالتركيز على أحاسيسك وملاحظة كيف أن الأحاسيس الجسدية، على عكس تجربة الصدمة الخالدة والحاضرة دائمًا، انتقالية وتستجيب للتحولات الطفيفة في وضعية الجسم، والتغيرات في التنفس، والتحولات في التفكير. بمجرد الانتباه إلى أحاسيسك الجسدية، فإن الخطوة التالية هي تصنيفها، كما هي الحال في «عندما أشعر بالقلق، أشعر بإحساس ساحق في صدري». قد أقول بعد ذلك للمريض: «ركِّز على هذا الإحساس وشاهِد كيف يتغير عندما تأخذ نفسًا عميقًا، أو عندما تنقر على صدرك أسفل عظم الترقوة مباشرة، أو عندما تسمح لنفسك بالبكاء». إن ممارسة اليقظة العقلية تهدئ الجهاز العصبي الودي، بحيث تكون أقل عرضة للقتال أو الهروب[٢٨٩]. يُعدُّ تعلم مراقبة ردود أفعالك الجسدية والتسامح معها شرطًا أساسيًّا لإعادة النظر بأمان في الماضي. إذا كنت لا تستطيع التسامح مع ما تشعر به الآن، فإن فتح الماضي لن يؤدي إلا إلى تفاقم البؤس وإعادة الصدمة لك بشكل أكبر[٢٩٠].

يمكننا أن نتسامح مع قدر كبير من الانزعاج ما دمنا مدركين لحقيقة أن اضطرابات الجسم تتغير باستمرار. في إحدى اللحظات يضيق صدرك، ولكن بعد أن تأخذ نفسًا عميقًا وتخرج زفيرًا، يلين هذا الشعور وقد تلاحظ شيئًا آخر، ربما يكون توترًا في كتفك. يمكنك الآن البدء في استكشاف ما يحدث عندما تأخذ نفسًا أعمق وتلاحظ كيف يتمدد قفصك الصدري[٢٩١].
بمجرد أن تشعر بالهدوء والفضول، يمكنك العودة إلى هذا الإحساس في

كتفك. لا ينبغي أن تتفاجأ إذا ظهرت ذكرى بشكل عفوي كانت هذه الكتف متورطة فيها بطريقة ما.

خطوة أخرى هي مراقبة التفاعل بين أفكارك وأحاسيسك الجسدية. كيف تُسجَّل أفكار معينة في جسمك؟ (هل تنتج أفكار مثل «أبي يحبني» أو «تخلت عني صديقتي» أحاسيس مختلفة؟). إن إدراك كيف ينظم جسمك مشاعر أو ذكريات معينة يفتح إمكانية إطلاق أحاسيس واندفاعات حجبتها ذات مرة من أجل النجاة[٢٩٢]. في الفصل العشرين، حول فوائد المسرح، سأصف بمزيد من التفصيل كيف يعمل هذا.

أسس جون كابات زين، أحد الرواد في طب العقل-الجسم، برنامج «الحد من التوتر بشكل قائم على اليقظة العقلية» (Mindfulness-Based Stress Reduction) في «المركز الطبي» بجامعة ماساتشوستس في عام ١٩٧٩، وقد دُرست طريقته بدقة لأكثر من ثلاثة عقود. كما يصف اليقظة العقلية، «تتمثل إحدى طرق التفكير في عملية التحول هذه في التفكير في اليقظة العقلية كعدسة تأخذ الطاقات المبعثرة والمتفاعلة لعقلك وتركزها ضمن مصدر متماسك للطاقة من أجل العيش، وحل المشكلات، والشفاء»[٢٩٣].

ثبت أن اليقظة العقلية لها تأثير إيجابي في العديد من الأعراض النفسية، والنفسية الجسدية، والمتعلقة بالتوتر، بما في ذلك الاكتئاب والألم المزمن[٢٩٤]. ولليقظة العقلية آثار واسعة في الصحة الجسدية، بما في ذلك تحسين الاستجابة المناعية، وضغط الدم، ومستويات «الكورتيزول»[٢٩٥]. ثبت أيضًا أنها تنشط مناطق الدماغ المشاركة في التنظيم العاطفي[٢٩٦]، وأنها تؤدي إلى تغيرات في المناطق المتعلقة بوعي الجسم والخوف[٢٩٧]. وأظهر بحث قامتا به زميلتاي في جامعة هارفارد بريتا هولزل وسارة لازار أن ممارسة اليقظة العقلية تقلل من نشاط كاشف الدخان لدى الدماغ، اللوزة الدماغية، وبالتالي تقلل من التفاعلية مع المحفزات المحتملة[٢٩٨].

٣. العلاقات

تُظهِر دراسة بعد أخرى أن امتلاك شبكة دعم جيدة يُشكِّل أقوى حماية فردية ضد إصابة المرء بالصدمة. السلامة والرعب غير متوافقين. عندما نشعر بالرعب، لا شيء يهدِّئنا مثل الصوت المطمئِن أو العناق القوي لشخص نثق به. يستجيب البالغون الخائفون لوسائل الراحة نفسها التي يستجيب لها الأطفال المرعوبون: الإمساك والهز بلطف والاطمئنان إلى أن شخصًا أكبر وأقوى يعتني بالأمور، بحيث يمكنك النوم بأمان. من أجل التعافي، يجب إقناع العقل، والجسم، والدماغ بأنه من الآمن تجاوز ما حصل. يحدث ذلك فقط عندما تشعر بالأمان على المستوى الحشوي وتسمح لنفسك بربط ذلك الشعور بالأمان بذكريات عجز الماضي.

بعد صدمة حادة، مثل اعتداء أو حادث أو كارثة طبيعية، يحتاج الناجون إلى وجود أشخاص، ووجوه، وأصوات مألوفة؛ والاتصال الجسدي؛ والغذاء؛ والمأوى والمكان الآمن؛ ووقت للنوم. من الأهمية بمكان التواصل مع الأحباء القريبين والبعيدين ولم الشمل في أقرب وقت ممكن مع العائلة والأصدقاء في مكان يُشعر بالأمان. إن روابط التعلق التي نمتلكها هي أكبر حماية لنا ضد التهديد. على سبيل المثال، من المرجح أن يعاني الأطفال الذين انفصلوا عن والديهم بعد حدث صادم آثارًا سلبية خطيرة على المدى الطويل. أظهرت دراسات أجريت خلال الحرب العالمية الثانية في إنجلترا أن الأطفال الذين عاشوا في لندن خلال «البليتس» وأُرسلوا بعيدًا إلى الريف لحمايتهم من غارات القصف الألماني كان أداؤهم أسوأ بكثير من الأطفال الذين بقوا مع آبائهم وعانوا الليالي في ملاجئ الحماية من القنابل والصور المخيفة للمباني المدمرة والقتلى[٢٩٩].

يتعافى البشر المصابون بصدمات في سياق العلاقات: مع العائلات، أو

الأحباء، أو اجتماعات «مدمنو الكحول المجهولون»، أو منظمات المحاربين القدامى، أو المجتمعات الدينية، أو المعالجين المحترفين. يتمثل دور هذه العلاقات في توفير الأمان الجسدي والعاطفي، بما في ذلك الأمان من الشعور بالخزي، أو اللوم، أو الإدانة، وتعزيز الشجاعة لتحمُّل واقع ما حدث، ومواجهته، ومعالجته.

كما رأينا، فإن الكثير من توصيلات دوائر دماغنا مكرس للتناغم مع الآخرين. يتضمن التعافي من الصدمة (إعادة) التواصل مع إخواننا من البشر. هذا هو السبب في أن الصدمة التي تحدث داخل العلاقات يصعب علاجها بشكل عام أكثر من الصدمة الناتجة عن حوادث المرور أو الكوارث الطبيعية. في مجتمعنا، تحدث الصدمات الأكثر شيوعًا بين النساء والأطفال على أيدي والديهم أو شركائهم الحميميين. إن إساءة معاملة الأطفال، والتحرش، والعنف المنزلي يتسبب فيها أشخاص يفترض أنهم يحبونك. هذا يقضي على أهم حماية ضد التعرض للصدمة: أن تُحمى من قِبل الأشخاص الذين تحبهم.

إذا كان الأشخاص الذين تلجأ إليهم بشكل طبيعي للحصول على الرعاية والحماية يرعبونك أو يرفضونك، فإنك تتعلم أن تنغلق وتتجاهل ما تشعر به[٣٠٠]. كما رأينا في الجزء الثالث، عندما ينقلب مقدمو الرعاية ضدك، عليك أن تجد طرقًا بديلة للتعامل مع الشعور بالخوف، أو الغضب، أو الإحباط. تؤدي إدارة رعبك كله بنفسك إلى ظهور مجموعة أخرى من المشكلات: الانفصال، واليأس، والإدمان، والشعور المزمن بالذعر، والعلاقات التي تتميز بالاغتراب، وعدم الترابط، والانفجارات. نادرًا ما يربط المرضى الذين يعانون هذه التواريخ بين ما حدث لهم منذ فترة طويلة وكيف يشعرون ويتصرفون حاليًّا. كل شيء يبدو غير قابل للإدارة.

لا تأتي الإغاثة حتى يتمكنوا من الاعتراف بما حدث والتعرف على الشياطين غير المرئية التي يكافحون معها. تذكر، على سبيل المثال، الرجال

الذين وصفتهم في الفصل الحادي عشر الذين تعرضوا للإيذاء على يد كهنة يمارسون الجنس مع الأطفال. كانوا يزورون صالة الألعاب الرياضية بانتظام، ويتناولون المنشطات، وكانوا أقوياء مثل الثيران. ومع ذلك، غالبًا ما كانوا يتصرفون في مقابلاتنا مثل الأطفال الخائفين؛ لا يزال الأولاد المصابون في أعماقهم يشعرون بالعجز.

في حين أن التواصل والتناغم البشري هما منبع التنظيم الذاتي الفسيولوجي، فإن الوعد بالتقارب غالبًا ما يثير الخوف من التعرض للأذى، والخيانة، والتخلي. يلعب الخزي دورًا مهمًّا في هذا: «سوف تكتشف كم أنا متعفن ومثير للاشمئزاز وتتخلص مني بمجرد أن تعرفني حقًّا». الصدمة التي لم تُحل يمكن أن تلحق خسائر فادحة في العلاقات. إذا كان قلبك لا يزال مفطورًا لأنك تعرضت للاعتداء على يد شخص تحبه، فمن المحتمل أن تكون منشغلًا بعدم التعرُّض للأذى مرة أخرى والخوف من الانفتاح على شخص جديد. في الواقع، قد تحاول عن غير قصد إيذاءهم قبل أن تتاح لهم فرصة إيذائك.

يُشكل هذا تحديًا حقيقيًّا للتعافي. بمجرد أن تدرك أن ردود أفعال ما بعد الصدمة قد بدأت كجهود لإنقاذ حياتك، قد تستجمع الشجاعة لمواجهة موسيقاك الداخلية (أو نشازك الداخلي)، لكنك ستحتاج إلى مساعدة للقيام بذلك. عليك أن تجد شخصًا تثق به بما يكفي لمرافقتك، شخصًا يمكنه الاحتفاظ بمشاعرك بأمان ومساعدتك على الاستماع إلى الرسائل المؤلمة القادمة من عقلك العاطفي. إنك بحاجة إلى مرشد لا يخاف من رعبك ويمكنه احتواء أحلك أشكال اهتياجك، شخص يمكنه حماية جهوزيتك في أثناء استكشافك التجارب المجزأة التي كان عليك أن تبقيها سرًّا عن نفسك لفترة طويلة. يحتاج معظم المصابين بصدمات إلى مُرتكَز وقدر كبير من التدريب للقيام بهذا العمل.

اختيار معالج محترف

يتضمن تدريب معالجي الصدمات المؤهلين التعرف على تأثير الصدمة، وسوء المعاملة، والإهمال وإتقان مجموعة متنوعة من التقنيات التي يمكن أن تساعد في ١- استقرار وتهدئة المرضى، و٢- إزاحة ذكريات الصدمة وعمليات إعادة تمثيلها، و٣- إعادة اتصال المرضى بأقرانهم من الرجال والنساء. من الناحية المثالية، سيكون المعالج أيضًا في الطرف المتلقي لأي علاج يمارسه.

في حين أنه من غير المناسب وغير الأخلاقي أن يخبرك المعالجون بتفاصيل صراعاتهم الشخصية، فمن المعقول تمامًا أن نسأل عن أشكال العلاج التي دُرِّبوا عليها، وأين تعلموا مهاراتهم، وما إذا كانوا قد استفادوا شخصيًّا من العلاج الذي يقترحونه عليك.

لا يوجد «علاج مثالي» للصدمة، وأي معالج يعتقد أن طريقته الخاصة هي الحل الوحيد لمشكلاتك يُشكُّ في كونه أيديولوجيًّا وليس شخصًا مهتمًّا بالتأكد من تحسُّنك. لا يمكن لأي معالج أن يكون على دراية بكل علاج فعَّال، ويجب أن يكون منفتحًا على خياراتك الاستكشافية بخلاف الخيارات التي يقدمها. يجب أن يكون أيضًا منفتحًا على التعلم منك. الجندر، والعِرق، والخلفية الشخصية ليست أشياء ذات صلة إلا إذا كانت تتدخل في مساعدة المريض على الشعور بالأمان والفهم.

هل تشعر بالراحة بشكل أساسي مع هذا المعالج؟ هل يبدو أنه يشعر بالراحة تجاه نفسه وتجاهك بوصفك إنسانًا؟ الشعور بالأمان هو شرط ضروري لمواجهة مخاوفك وقلقك. من المرجح أن يجعلك الشخص الصارم، أو الإداني، أو المهتاج، أو القاسي تشعر بالخوف، والإهمال، والإهانة، ولن يساعدك ذلك في حل كرب الصدمة الخاص بك. قد تكون هناك أوقات تتأجج فيها مشاعر قديمة من الماضي، عندما تشكُّ في أن

المعالج يشبه شخصًا جرحك أو أساء إليك. لنأمل أن يكون هذا أمرًا يمكنكما معالجته معًا، لأنه من واقع خبرتي، يتحسن المرضى فقط إذا طوروا مشاعر إيجابية عميقة تجاه معالجيهم. لا أعتقد أيضًا أنه يمكنك النمو والتغيير ما لم تشعر أن لديك بعض التأثير في الشخص الذي يعالجك.

السؤال الحاسم هو: هل تشعر بأن معالجك لديه فضول لمعرفة من أنت وماذا تحتاج، وأنك لست مجرد حالة «مريض اضطراب كرب ما بعد الصدمة»؟ هل أنت مجرد قائمة من الأعراض في بعض الاستبيانات التشخيصية، أم أن معالجك يأخذ الوقت الكافي لمعرفة سبب فعلك لما تفعله وتفكيرك فيما تفكر فيه؟ العلاج هو عملية تعاونية ـ استكشاف متبادل لنفسك.

غالبًا ما لا يشعر المرضى الذين تعرضوا لمعاملة وحشية من قِبل مقدمي الرعاية الخاصين بهم وهم أطفال بالأمان مع أي شخص. غالبًا ما أسأل مرضاي عما إذا كان بإمكانهم التفكير في أي شخص شعروا بالأمان معه في أثناء نموهم. يتمسك الكثير منهم بذكرى ذلك المعلم، أو الجار، أو صاحب المحل، أو المدرب، أو القس الذي أظهر أنه يهتم، وغالبًا ما تكون تلك الذكرى بذرة تعلُّم إعادة الانخراط. إننا كائنات مفعمة بالأمل. ويتعلق التعامل مع الصدمة بتذكر كيف نجونا بقدر ما يتعلق بما كُسِر.

كما أطلب من مرضاي أن يتخيلوا كيف كانوا وهم أطفال حديثو الولادة ـ ما إذا كانوا محبوبين ومُشجَّعين. كلهم يعتقدون أنهم كذلك ولديهم صورة عما كانوا عليه قبل أن يُجرحوا.

لا يتذكر بعض الناس أي شخص شعروا بالأمان معه. بالنسبة إليهم، قد يكون التعامل مع الخيول أو الكلاب أكثر أمانًا من التعامل مع البشر. يُطبَّق هذا المبدأ حاليًّا في العديد من الأوساط العلاجية وله تأثير كبير، بما في ذلك السجون، وبرامج العلاج السكنية، وبرامج إعادة تأهيل قدامى المحاربين. جينيفر، وهي عضوة في دفعة التخرج الأولى في «مركز فان دير كولك»[٣٠١]،

البالغة من العمر ٢٣ عامًا التي جاءت إلى البرنامج وهي فتاة خارجة عن السيطرة، صامتة، تبلغ من العمر أربعة عشر عامًا، قالت خلال حفل تخرجها إن تكليفها بمسؤولية رعاية حصان كان الخطوة الأولى الحاسمة بالنسبة إليها. ساعدتها علاقتها المتنامية مع حصانها على الشعور بالأمان الكافي لبدء التواصل مع موظفي المركز ومن ثَمَّ التركيز على فصولها الدراسية، واجتياز اختبارات التقييم المعيارية الخاصة بها، والقبول في الكلية[٣٠٢].

٤. التزامن والإيقاعات الجماعية

منذ لحظة ولادتنا، تتجسَّد علاقاتنا في وجوه، وإيماءات، ولمسات متجاوبة. كما رأينا في الفصل السابع، هذه هي أسس التعلُّق. ينتج عن الصدمة انهيار التزامن الجسدي المتناغم: عندما تدخل غرفة الانتظار في عيادة لاضطراب كرب ما بعد الصدمة، يمكنك على الفور إخبار المرضى من الطاقم من خلال وجوههم المجمَّدة وأجسامهم المنهارة (ولكن في الوقت نفسه المهتاجة). لسوء الحظ، يتجاهل العديد من المعالجين تلك الاتصالات الجسدية ويركزون فقط على الكلمات التي يتواصل بها مرضاهم.

أعيدت قوة شفاء المجتمع كما يُعبَّر عنها في الموسيقى والإيقاعات إلى وطني في ربيع عام ١٩٩٧، عندما كنت أتابع عمل «لجنة الحقيقة والمصالحة» في جنوب أفريقيا. في بعض الأماكن التي زرناها، استمر العنف الرهيب. ذات يوم حضرتُ مجموعة لضحايا الاغتصاب في فناء عيادة في بلدة خارج مدينة جوهانسبرج. كنا نسمع صوت إطلاق الرصاص من مسافة بعيدة بينما يتصاعد الدخان على جدران المجمع وتنتشر رائحة الغاز المسيل للدموع في الهواء. سمعنا لاحقًا أن أربعين شخصًا قد قُتلوا.

ومع ذلك، بينما كانت البيئة المحيطة غريبة ومرعبة، فقد تعرفت على هذه المجموعة جيدًا: جلست النساء منحنيات الرأس ـ حزينات ومجمَّدات ـ مثل العديد من مجموعات علاج ضحايا الاغتصاب التي رأيتها في بوسطن.

شعرت بإحساس مألوف بالعجز، وكوني محاطًا بأشخاص منهارين، شعرت بنفسي أيضًا أنهار عقليًا. ثم بدأت إحدى النساء في الهمهمة، وهي تتأرجح برفق ذهابًا وإيابًا. ببطء ظهر إيقاع؛ شيئًا فشيئًا انضمت النساء الأخريات. وسُرعان ما كانت المجموعة بأكملها تغني، وتتحرك، وتنهض لترقص. كان تحولًا مذهلًا: عاد الناس إلى الحياة، وأصبحت الوجوه متناغمة، وعادت الحيوية إلى الأجسام. قطعت عهدًا على تطبيق ما رأيته هناك ودراسة كيف يمكن للإيقاع، والغناء، والحركة أن تساعد في شفاء الصدمة.

سنرى مزيدًا من هذا في الفصل العشرين، عن المسرح، حيث أعرض كيف تتعلم مجموعات الشباب ـ من بينهم أحداث جانحون وأطفال معرَّضون للخطر ـ تدريجيًا العمل معًا واعتماد بعضهم على بعض، سواء كانوا شركاء في مبارزة شكسبيرية أو ككُتَّاب وفناني مسرحيات موسيقية طويلة. أخبرني مرضى مختلفون كيف ساعدهم الغناء «الكورالي»، و«الأيكيدو»، ورقص «التانجو»، و«الكيك بوكسينج»، ويسعدني أن أقدم توصياتهم إلى آخرين أعالجهم.

تعلمت درسًا قويًا آخر حول الإيقاع والشفاء عندما طُلب من الأطباء في «مركز الصدمة» علاج فتاة بكماء تبلغ من العمر خمسة أعوام، تُدعى يينج مي، تبنتها دار للأيتام في الصين. بعد أشهر من المحاولات الفاشلة للتواصل معها أدركت زميلتاي ديبورا روزيل وليز وارنر أن نظام المشاركة الإيقاعي الخاص بها لم ينجح ـ فهي لا تستطيع أن تتجاوب مع أصوات ووجوه الأشخاص من حولها. قادهما ذلك إلى «العلاج الحسي الحركي»[٣٠٣].

عيادة التكامل الحسي في ووترتاون، ماساتشوستس، عبارة عن ملعب داخلي رائع مليء بالأراجيح، والأحواض المليئة بالكرات المطاطية متعددة الألوان والعميقة إلى درجة تجعلك تختفي، وعوارض التوازن، ومساحات زحف مصنوعة من أنابيب بلاستيكية، وسلالم تؤدي إلى منصات يمكنك منها الغوص في البساط المملوء بالفوم. حمَّم الموظفون يينج مي في الحوض

المملوء بالكرات البلاستيكية؛ ساعدها ذلك على الشعور بالأحاسيس على جلدها. ساعدوها في التأرجح على الأراجيح والزحف تحت بطانيات ثقيلة. بعد ستة أسابيع تغير شيء ما ـ وبدأت تتكلم[٣٠٤].

ألهمنا التحسن الهائل لينج مي لبدء عيادة للتكامل الحسي في «مركز الصدمة»، والذي نستخدمه الآن أيضًا في برامج العلاج السكنية الخاصة بنا. لم نستكشف بعد مدى نجاح التكامل الحسي مع البالغين المصابين بصدمات، لكني أدمج بانتظام تجارب التكامل الحسي والرقص في دوراتي.

يوفر تعلم التناغم للآباء (وأطفالهم) خبرة حشوية من المعاملة بالمثل. «علاج التفاعل بين الوالدين والطفل» هو علاج تفاعلي يعزز هذا، كما هي الحال في «علاج تنظيم الاستثارة الحركية الحسية»، الذي طوره زملائي في «مركز الصدمة»[٣٠٥].

عندما نلعب معًا، نشعر بالتناغم الجسدي ونختبر إحساسًا بالتواصل والفرح. تمارين الارتجال (مثل تلك الموجودة في http://learnimprov.com) هي أيضًا طريقة رائعة لمساعدة الأشخاص على التواصل بفرح واستكشافية. في اللحظة التي ترى فيها مجموعة من الأشخاص ذوي الوجوه القاتمة تنفجر ضاحكة، تعلم أن تعويذة البؤس قد انكسرت.

٥. التواصل

لم يُولِ علاج الصدمات السائد سوى القليل من الاهتمام لمساعدة الأشخاص المذعورين على تجربة أحاسيسهم وعواطفهم بأمان. بشكل متزايد، اتخذت أدوية مثل حاصرات امتصاص «السيروتونين»، و«الريسبريدول»، و«السيروكويل» مكان مساعدة الناس على التعامل مع عالمهم الحسي[٣٠٦]. ومع ذلك، فإن الطريقة الأكثر طبيعية لتهدئة ضيقنا هي أن نُلمس، ونحُتضَن، ونُهز. يساعد هذا في الإثارة المفرطة ويجعلنا نشعر بأننا سليمون، وآمنون، ومحميون، ومتحكِّمون.



رامبرانت فان رين: المسيح يشفي المريض (***Christ Healing the Sick***). يمكن التعرف على إيماءات الراحة عالميًا وهي تعكس القوة العلاجية للَّمس المتناغم.

اللمس، الأداة الأساسية التي يجب أن نهدأ بها، محظورة من معظم الممارسات العلاجية. ومع ذلك، لا يمكنك التعافي تمامًا إذا لم تشعر بالأمان في جلدك. لذلك، أشجع جميع مرضاي على الانخراط في نوع من أعمال الجسم، سواء كان ذلك تدليكًا علاجيًا، أو «فيلدنكريز»، أو علاجًا للقحفية.

سألت ممارسة اللياقة البدنية المفضلة لديَّ، ليشيا سكاي، عن ممارستها مع الأفراد المصابين بصدمات. وإليك بعض ما قالته لي:

ـ لا أبدأ جلسة اللياقة البدنية أبدًا من دون إنشاء اتصال شخصي؛ لا أستقصي التاريخ المرضي؛ لا أبحث عن مدى صدمة الشخص أو ما الذي حدث له. أتحقق من مكان وجودهم في أجسامهم الآن. أسألهم عما إذا كان هناك أي شيء يريدون مني الانتباه إليه. طوال الوقت، أقيِّم

وضعهم؛ ما إذا كانوا ينظرون إليَّ في عيني؛ كيف يبدو عليهم التوتر أو الاسترخاء؛ هل يتواصلون معي أم لا. القرار الأول الذي أتخذه هو ما إذا كانوا سيشعرون بمزيد من الأمان ووجوههم لأعلى أم لأسفل. إذا كنت لا أعرفهم، فعادةً ما أبدأ ووجوههم لأعلى. إنني حريصة جدًّا بشأن اللَّف؛ حريصة جدًّا بشأن السماح لهم بالشعور بالأمان حول أي ملابس يريدون تركها. هذه حدود مهمة يجب وضعها في البداية. بعد ذلك، مع اللمسة الأولى، أقوم باتصال قوي وآمن. لا شيء قسري أو حاد. لا شيء سريع جدًّا. اللمسة بطيئة، ويسهل على العميل متابعتها، وبلطف إيقاعي. يمكن أن تكون قوية مثل المصافحة. المكان الأول الذي ألمسه هو يدهم وساعدهم، لأن هذا هو المكان الأكثر أمانًا للمس أي شخص، المكان الذي يمكنهم فيه لمسك بدورهم. عليك أن تلاقي نقطة مقاومتهم ـ المكان الأكثر توترًا ـ وأن تقابله بكمية متساوية من الطاقة. ذلك يحرر التوتر المجمد. لا يمكنك أن تتردد؛ التردد يدل على عدم الثقة بنفسك. الحركة البطيئة، والتناغم الحريص مع العميل يختلفان عن التردد. عليك أن تقابلهم بثقة وتعاطف هائلين، دع ضغط لمستك يلاقي التوتر الذي يحملونه في أجسامهم.

سألتها:

ـ ما الذي يفعله عمل الجسم للناس؟

فردت:

ـ مثلما تشعر بالعطش إلى الماء، يمكنك التعطش للمس. إنه لمن دواعي الراحة أن تلاقى بثقة، وعمق، وحزم، ورفق، واستجابة. تعمل اللمسة والحركة اليقظة على إضفاء الرسوخ على الناس وتسمحان لهم باكتشاف التوترات التي ربما حملوها معهم لفترة طويلة إلى درجة أنهم لم يعودوا على دراية بها. عندما تُلمس، تتنبَّه للجزء الذي يُلمس من جسمك. الجسم مقيد جسديًّا عندما تُقيد المشاعر بالداخل. أكتاف

الناس تتقلص؛ عضلات وجوههم تتوتر. ينفقون طاقة هائلة على كبح دموعهم ـ أو أي صوت أو حركة قد تكشف حالتهم الداخلية. عندما يتحرر التوتر الجسدي، يمكن أن تتحرر المشاعر. تساعد الحركة على أن يصبح التنفس أعمق، وعندما تُحرر التوترات، يمكن تفريغ الأصوات التعبيرية. يكون الجسد أكثر حرية ـ يتنفس بحرية أكبر، ويكون في حالة تدفق. يجعل اللمس من الممكن العيش في جسم يتحرك استجابة لتحريكه. يحتاج الأشخاص المرعوبون إلى الشعور بمكان وجود أجسامهم وحدودها. تتيح لهم اللمسة القوية والمطمئِنة معرفة مكان تلك الحدود: ما الذي يقع خارجها، وأين تنتهي أجسامهم. يكتشفون أنه ليس عليهم أن يتساءلوا باستمرار من هم وأين هم. يكتشفون أن أجسامهم صلبة وأنه ليس عليهم أن يكونوا على أهبة الاستعداد باستمرار. يتيح لهم اللمس معرفة أنهم بأمان.

٦. الفعل

يستجيب الجسم للتجارب القصوى بإفراز هرمونات التوتر. غالبًا ما يُلقى باللوم على هذه الهرمونات بشأن الدَّاء والمرض اللاحقين. ومع ذلك، تهدف هرمونات التوتر إلى منحنا القوة والتحمل للاستجابة للظروف غير العادية. الأشخاص الذين يفعلون شيئًا ما للتعامل مع كارثة ما ـ إنقاذ أحبائهم أو غرباء، أو نقل أشخاص إلى المستشفى، أو كونهم جزءًا من فريق طبي، أو نصب الخيام، أو طهي الوجبات ـ يستخدمون هرمونات التوتر لتحقيق غرضها الصحيح، وبالتالي يكونون أقل عرضة بكثير لخطر الإصابة بالصدمة. (ومع ذلك، فإن كل شخص لديه نقطة الانهيار الخاصة به، وحتى الشخص الأكثر استعدادًا قد يغمره حجم التحدي).

إن العجز والشلل يمنعان الناس من استخدام هرمونات التوتر للدفاع عن أنفسهم. عندما يحدث ذلك، تُضخ هرموناتهم، لكن الأفعال التي من

المفترض أن تُغذيها تُحبَط. في نهاية المطاف، توجه أنماط التنشيط، التي كان من المفترض أن تُعزِّز التأقلم، ضد الجهاز العضوي وتستمر في تأجيج استجابات القتال/ الهروب والتجمُّد غير المناسبة. من أجل العودة إلى الأداء السليم، يجب أن تنتهي هذه الاستجابة الطارئة المستمرة. يحتاج الجسم إلى أن يُستعاد إلى حالة خط أساس من الأمان والاسترخاء يمكن أن يتحرك من خلالها لاتخاذ إجراءات استجابة لخطر حقيقي.

طوَّر صديقاي ومعلماي بات أوجدن وبيتر ليفين علاجات قوية تعتمد على الجسم، وعلاج نفسي حسي حركي[٣٠٧]، وتجريب جسدي[٣٠٨] للتعامل مع هذه المشكلة. في هذه الأساليب العلاجية، تأخذ قصة ما حدث المقعد الخلفي وتعطي المجال لاستكشاف الأحاسيس الجسدية واكتشاف مكان وشكل بصمات الصدمات السابقة على الجسم. قبل الانغماس في استكشاف شامل للصدمة نفسها، يُساعَد المرضى على بناء موارد داخلية تُعزِّز الوصول الآمن إلى الأحاسيس والعواطف التي طغت عليهم في وقت الصدمة. يسمي بيتر ليفين هذه العملية بالتموُّج (*pendulation*) ـ التحرك برفق داخل وخارج عملية الوصول إلى الأحاسيس الداخلية والذكريات الصادمة. بهذه الطريقة يُساعَد المرضى على توسيع نافذة التسامح تدريجيًا.

بمجرد أن يتمكن المرضى من تحمُّل إدراك تجاربهم الجسدية القائمة على الصدمة، فمن المرجح أن يكتشفوا دوافع جسدية قوية ـ مثل الضرب، أو الدفع، أو الركض ـ نشأت في أثناء الصدمة ولكن قُمِعت من أجل النجاة. تظهر هذه الدوافع في شكل حركات جسدية خفية مثل الالتواء، أو الالتفاف، أو التراجع. يؤدي تضخيم هذه الحركات وتجريب طرق لتعديلها إلى بدء عملية إكمال «ميول الفعل» غير المكتملة والمتعلقة بالصدمة ويمكن أن يؤدي في النهاية إلى حل الصدمة. يمكن أن تساعد العلاجات الجسدية المرضى على إعادة توطين أنفسهم في الوقت الحاضر من خلال الشعور بأن الحركة آمنة. إن الشعور بالسعادة في اتخاذ أفعال

ناجعة يعيد شعورًا بالفعالية وشعورًا بالقدرة على الدفاع عن النفس وحمايتها بفعالية.

بالعودة إلى عام ١٨٩٣، كتب بيير جانيت، أول مستكشف عظيم للصدمة، عن «متعة الفعل المكتمل»، وألاحظُ بانتظام تلك المتعة عندما أمارس العلاج النفسي الحسي والتجريب الجسدي: عندما يتمكن المرضى جسديًّا من تجربة ما كانوا ليشعروا به عند المقاومة أو الهرب، يرتاحون، ويبتسمون، ويعبرون عن إحساس بالاكتمال.

عندما يُجبر الناس على الخضوع لسلطة ساحقة، كما هي الحال بالنسبة إلى معظم الأطفال الذين يتعرضون لسوء المعاملة، والنساء المحاصرات في العنف المنزلي، والرجال والنساء المسجونين، فإنهم غالبًا ما ينجون بإذعان مستسلم. أفضل طريقة للتغلب على أنماط الخضوع المتأصلة هي استعادة قدرة جسدية على الانخراط والدفاع. إحدى طرقي المفضلة التي تركز على الجسم لبناء استجابات فعَّالة للقتال/ الهرب هي برنامج محاكاة التعرُّض للسرقة النموذجي لمركزنا محلي التأثير، حيث تُعلِّم النساء (والرجال بشكل متزايد) بفعالية مقاتلة هجوم مُحاكى[٣٠٩]. بدأ البرنامج في أوكلاند، كاليفورنيا، في عام ١٩٧١ بعد اغتصاب امرأة حاصلة على الحزام الأسود من الدرجة الخامسة في «الكاراتيه». متسائلين كيف يمكن أن يحدث هذا لشخص يفترض أنه يمكن أن يقتل بيديه العاريتين، خلص أصدقاؤها إلى أنها فقدت مهارتها بسبب الخوف. وفقًا لهذا الكتاب، فإن وظائفها التنفيذية ـ فصوصها الأمامية ـ انطفأت، وتجمَّدت. يُعلِّم برنامج محاكاة التعرُّض للسرقة النساء إعادة تأهيل استجابة التجمُّد من خلال العديد من التكرارات لمجيء «ساعة الصفر» (مصطلح عسكري للحظة الدقيقة للهجوم)، وكيفية تحويل الخوف إلى طاقة قتالية إيجابية.

إحدى مريضاتي، وهي طالبة جامعية لها تاريخ من التعرُّض للإساءة بلا هوادة في طفولتها، أخذت الدورة التدريبية. عندما التقيتها لأول مرة، كانت

منهارة، ومكتئبة، وممتلئة بشكل مفرط. بعد ثلاثة أشهر، خلال حفل تخرجها، نجحت في قتال مهاجم عملاق انتهى به الأمر مستلقيًا على الأرض (محميًّا من ضرباتها ببدلة واقية سميكة) بينما كانت تواجهه، وذراعاها مرفوعتان في وضع الكاراتيه، وتصرخ فيه بهدوء ووضوح «لا».

بعد فترة وجيزة، كانت تسير إلى المنزل من المكتبة بعد منتصف الليل عندما قفز ثلاثة رجال من بين الأشجار، وهم يصرخون:

ـ أيتها العاهرة، أعطينا أموالك.

أخبرتني لاحقًا أنها اتخذت وضعية الكاراتيه نفسها وصرخت مرة أخرى:

ـ حسنًا، يا رفاق، كنت أتطلع إلى هذه اللحظة. مَن يريد أن يشتبك أولًا؟

هربوا. إذا انحنيت وخفت إلى درجة عدم القدرة على النظر حولك، تصبح فريسة سهلة لسادية الآخرين، ولكن عندما تتجول مبرزًا رسالة «لا تعبث معي»، فمن غير المحتمل أن تتعرض للمضايقة.

دمج الذكريات الصادمة

لا يمكن للناس أن يضعوا الأحداث الصادمة خلفهم حتى يتمكنوا من الاعتراف بما حدث والبدء في التعرف على الشياطين غير المرئية التي يكافحون معها. ركز العلاج النفسي التقليدي بشكل أساسي على بناء قصة تشرح لماذا يشعر شخص ما بطريقة معينة أو، كما قال سيجموند فرويد في عام ١٩١٤ في «التذكر والتكرار والعمل على التجاوز» (*Remembering, Repeating and Working Through*)[٣١٠]: «بينما يعيش المريض [الصدمة] بوصفها شيئًا حقيقيًّا وفعليًّا، علينا أن ننجز المهمة العلاجية، التي تتمثل أساسًا في إعادة ترجمتها مرة أخرى إلى مصطلحات الماضي». رواية القصة أمر مهم؛ فمن دون قصص، تتجمد الذاكرة؛ ومن دون ذاكرة، لا يمكنك تخيل كيف يمكن أن تكون الأشياء مختلفة. لكن، كما رأينا في الجزء الرابع، رواية قصة عن الحدث لا تضمن التخلص من الذكريات الصادمة.

هناك سبب لذلك. عندما يتذكر الناس حدثًا عاديًّا، فإنهم لا يسترجعون أيضًا الأحاسيس الجسدية، أو العواطف، أو الصور، أو الروائح، أو الأصوات المرتبطة بهذا الحدث. في المقابل، عندما يتذكر الناس صدماتهم بشكل كلي، فإنهم «يمتلكون» التجربة: تغمرهم العناصر الحسية أو العاطفية للماضي. تُظهِر عمليات مسح الدماغ التي خضع لها كلٌّ من ستان ويووت لورانس، ضحايا الحادث المذكور في الفصل الرابع، كيف يحدث هذا. عندما كان ستان يتذكر حادثه المروع، اختفت منطقتان رئيسيتان في دماغه: المنطقة التي توفر إحساسًا بالوقت والمنظور، ما يجعل من الممكن معرفة أنه «وقع هذا في ذلك الوقت، لكني الآن بأمان»، ومنطقة أخرى تدمج الصور، والأصوات، والأحاسيس الخاصة بالصدمة في قصة متماسكة. عندما تصيب العتامة تلك الأجزاء من الدماغ، فإنك تواجه الشيء ليس كحدث له بداية ووسط ونهاية، ولكن في شكل أجزاء من الأحاسيس، والصور، والعواطف.

لا يمكن معالجة الصدمة بنجاح إلا إذا أبقي على جميع بِنى الدماغ هذه في حالة من الفعل. في حالة ستان، سمح له علاج «إزالة التحسس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين» بالوصول إلى ذكرياته عن الحادث من دون أن تطغى عليه. عندما يمكن إبقاء مناطق الدماغ التي يكون غيابها مسؤولًا عن الذكريات المباغتة واللاإرادية شغالة في أثناء تذكر ما حدث، يمكن للناس دمج ذكرياتهم الصادمة على أنها شيء ينتمي إلى الماضي.

أدى انفصال يووت (كما تتذكر، انغلقت تمامًا) إلى تعقيد عملية التعافي بطريقة مختلفة. لم يكن أيٌّ من بِنى الدماغ اللازمة للانخراط في الحاضر شغالة، ولذلك كان التعامل مع الصدمة أمرًا مستحيلًا. من دون عقل متيقظ وحاضر لا يمكن أن يكون هناك اندماج أو حل. كانت بحاجة إلى المساعدة لزيادة نافذة التسامح لديها قبل أن تتمكن من التعامل مع أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة.

كان التنويم المغناطيسي هو العلاج الأكثر استخدامًا للصدمات منذ أواخر القرن التاسع عشر، زمن بيير جانيت وسيجموند فرويد، حتى ما بعد الحرب العالمية الثانية. على «يوتيوب»، لا يزال بإمكانك مشاهدة الفيلم الوثائقي «فليكن هناك نور» (Let There Be Light) للمخرج الهوليوودي العظيم جون هيوستن، والذي يُظهر رجالًا يخضعون للتنويم المغناطيسي للعلاج من «عُصاب الحرب». لم يعد التنويم المغناطيسي محبوبًا في أوائل التسعينيات من القرن العشرين ولا توجد دراسات حديثة حول فعاليته في علاج اضطراب كرب ما بعد الصدمة. ومع ذلك، يمكن أن يؤدي التنويم المغناطيسي إلى حالة من الهدوء النسبي يمكن للمرضى من خلالها ملاحظة تجاربهم الصادمة من دون أن تطغى عليهم. بالنظر إلى أن هذه القدرة على مراقبة الذات بهدوء هي عامل حاسم في دمج الذكريات الصادمة، فمن المرجح أن التنويم المغناطيسي، بشكل ما، سيعود.

العلاج السلوكي الإدراكي

خلال تدريبهم يُعلَّم معظم علماء النفس العلاج السلوكي الإدراكي. طُوِّر العلاج السلوكي الإدراكي لأول مرة لعلاج أشكال من الرهاب مثل الخوف من العناكب، أو الطائرات، أو المرتفعات، لمساعدة المرضى على مقارنة مخاوفهم غير المنطقية بالحقائق غير المؤذية. تُزال حساسية المرضى الناجمة عن مخاوفهم غير المنطقية تدريجيًّا من خلال تذكيرهم بأكثر ما يخشونه، باستخدام سردياتهم وصورهم (التعرُّض الوهمي)، أو وضعهم في مواقف فعلية (لكنها آمنة في الواقع) تثير القلق (التعرض في وسط حيوي)، أو تعريضهم لمشاهد واقعية افتراضية ومصنَّعة حاسوبيًّا، على سبيل المثال، في حالة اضطراب كرب ما بعد الصدمة المرتبط بالقتال، القتال في شوارع الفلوجة.

الفكرة الكامنة وراء العلاج السلوكي الإدراكي هي أنه عندما يتعرض

المرضى بشكل متكرر للمحفزات من دون أن تحدث أشياء سيئة بالفعل، يصبحون أقل انزعاجًا تدريجيًا؛ تصبح الذكريات السيئة مرتبطة بمعلومات «تصحيحية» تفيد الشعور بالأمان[٣١١]. يحاول العلاج السلوكي الإدراكي أيضًا مساعدة المرضى على التعامل مع ميولهم لتجنبها، كما هي الحال في «لا أريد التحدث عن ذلك»[٣١٢]. يبدو الأمر بسيطًا، ولكن، كما رأينا، فإن إعادة إحياء الصدمة تعيد تنشيط نظام الإنذار في الدماغ وتعتم مناطق الدماغ الحَرِجة اللازمة لدمج الماضي، ما يُرجِّح أن يعيش المرضى الصدمة مرة أخرى بدلًا من حلها.

دُرس التعرُّض المطول أو «الغَمر» بشكل أكثر شمولًا من أي علاج آخر لاضطراب كرب ما بعد الصدمة. يُطلب من المرضى «تركيز انتباههم على المواد الصادمة و... ألَّا يشتِّتوا أنفسهم بأفكار أو أنشطة أخرى»[٣١٣]. أظهرت الأبحاث أن ما يصل إلى مائة دقيقة من الغمر (تُقدَّم فيها المحفزات المثيرة للقلق بشكل مكثف ومستمر) مطلوبة قبل الإبلاغ عن انخفاض القلق[٣١٤]. يساعد التعرُّض أحيانًا في التعامل مع الخوف والقلق، لكن لم يثبت أنه يساعد في حالات الشعور بالذنب أو غيرها من المشاعر المعقدة[٣١٥].

على عكس فعاليته في المخاوف غير المنطقية مثل العناكب، فإن العلاج السلوكي الإدراكي لم يكن ناجحًا جدًّا بالنسبة إلى الأفراد المصابين بصدمات، خصوصًا أولئك الذين لديهم تواريخ من إساءة المعاملة في الطفولة. يُظهر واحد فقط من كل ثلاثة مشاركين مصابين باضطراب كرب ما بعد الصدمة ممن أتمُّوا الدراسات البحثية بعض التحسن[٣١٦]. أولئك الذين يكملون العلاج السلوكي الإدراكي عادةً ما تكون لديهم أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة بشكل أقل، لكنهم نادرًا ما يتعافون تمامًا: يستمر معظمهم في المعاناة من مشكلات كبيرة في صحتهم، أو عملهم، أو صحتهم العقلية[٣١٧].

في أكبر دراسة منشورة عن العلاج السلوكي الإدراكي لاضطراب كرب

ما بعد الصدمة، تسرَّب أكثر من ثلث المرضى؛ كان للباقي عدد كبير من ردود الفعل السلبية. معظم النساء في الدراسة ما زلن يعانين اضطراب كرب ما بعد الصدمة الكامل بعد تمضيتهن ثلاثة أشهر في الدراسة، و١٥ في المائة فقط لم تعد لديهن أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة[٣١٨]. يُظهر التحليل الشامل لجميع الدراسات العلمية عن العلاج السلوكي الإدراكي أنه يعمل بالإضافة إلى كونه في علاقة علاج داعمة[٣١٩]. أسوأ نتيجة في علاج التعرُّض تحدث عند المرضى الذين يعانون «الهزيمة العقلية» ـ أولئك الذين استسلموا[٣٢٠].

التعرُّض للصدمة ليس مجرد مشكلة انحصار في الماضي؛ إنها مشكلة عدم العيش بشكل كامل في الوقت الحاضر. أحد أشكال العلاج بالتعرُّض هو علاج الواقع الافتراضي، حيث يرتدي قدامى المحاربين نظارات عالية التقنية تجعل من الممكن إعادة خوض معركة الفلوجة بتفاصيل واقعية. على حد علمي، كان أداء مشاة البحرية الأمريكية جيدًا جدًّا في القتال. المشكلة هي أنهم لا يستطيعون تحمل البقاء في الوطن. تُظهِر الدراسات الحديثة للمحاربين الأستراليين القدامى أن أدمغتهم أعيد توصيلها لتكون في حالة تأهب لحالات الطوارئ، على حساب التركيز على التفاصيل الصغيرة للحياة اليومية[٣٢١]. (ستتعلم مزيدًا عن هذا في الفصل التاسع عشر، حول الارتجاع العصبي). أكثر من العلاج بالواقع الافتراضي، يحتاج المرضى المصابون بصدمات إلى علاج «العالم الحقيقي»، ما يساعدهم على الشعور بأنهم على قيد الحياة عند المشي في متجر محلي كبير أو اللعب مع أطفالهم كما فعلوا في شوارع بغداد.

يمكن للمرضى أن يستفيدوا من استعادة صدمتهم فقط إذا لم تغمرهم. من الأمثلة الجيدة دراسة على قدامى المحاربين في فيتنام أجراها زميلي روجر بيتمان في أوائل التسعينيات من القرن الماضي[٣٢٢]. كنت أزور مختبر روجر كل أسبوع خلال تلك الفترة، بالنظر إلى أننا كنا نجري دراسة

المواد الأفيونية الدماغية في اضطراب كرب ما بعد الصدمة التي ناقشتها في الفصل الثاني. كان روجر يُظهر لي أشرطة فيديو جلسات العلاج التي أجراها ونناقش ما لاحظناه. دفع هو وزملاؤه المحاربين القدامى للتحدث مرارًا وتكرارًا عن كل تفاصيل تجاربهم في فيتنام، لكن كان على المحققين إيقاف الدراسة لأن العديد من المرضى أصيبوا بالذعر بسبب ذكرياتهم المباغتة واللاإرادية، وغالبًا ما استمر الخوف بعد الجلسات. لم يَعُد بعضهم قَطُّ، بينما أصبح العديد ممن بقوا في الدراسة أكثر اكتئابًا، وعنفًا، وخوفًا؛ تعامل بعضهم مع أعراضهم المتزايدة عن طريق زيادة استهلاكهم للكحول، ما أدى إلى مزيد من العنف والإهانة، حيث اتصل بعض أسرهم بالشرطة لنقلهم إلى المستشفى.

إزالة التحسُّس

على مدى العقدين الماضيين، كان العلاج السائد الذي يُدرَّس لطلاب علم النفس شكلًا من أشكال إزالة التحسُّس بشكل ممنهج: مساعدة المرضى على أن يصبحوا أقل تفاعلًا مع بعض المشاعر والأحاسيس. لكن هل هذا هو الهدف الصحيح؟ ربما لا تكمن المشكلة في إزالة التحسُّس ولكن في الاندماج: وضع الحدث الصادم في مكانه الصحيح في المسار العام لحياة المرء.

تجعلني إزالة التحسُّس أفكر في الصبي الصغير ـ لا بد أنه كان في الخامسة من عمره ـ الذي رأيته أمام منزلي مؤخرًا. كان الوالد ضخم الجثة يصرخ في وجه الصبي بأعلى صوت بينما يقود الأخير دراجته ثلاثية العجلات باتجاه الشارع الذي أسكنه. لم يكن الطفل منزعجًا، بينما دقَّ قلبي بسرعة وتملكتني رغبة في ضرب الرجل. ما حجم الوحشية التي قادت إلى تخدير طفل في هذا الصغر تجاه وحشية والده؟ لا بد أن عدم اكتراثه بصراخ والده جاء نتيجة التعرُّض الطويل، لكن، كما تساءلت، بأي ثمن؟ نعم، يمكننا تناول

العقاقير التي تخفف من حدة مشاعرنا أو يمكننا تعلم إزالة تحسُّسنا بأنفسنا. بوصفنا طلابَ طبٍّ، تعلمنا أن نبقى تحليليين عندما كان علينا علاج الأطفال المصابين بحروق من الدرجة الثالثة. لكن، كما أوضح عالم الأعصاب جان ديسيتي من جامعة شيكاغو، فإن إزالة التحسُّس تجاه آلامنا أو آلام الآخرين تؤدي إلى إضعاف الحساسية العاطفية بشكل عام[٣٢٣].

أظهر تقرير نُشر عام ٢٠١٠ عن ٤٩,٤٢٥ من المحاربين القدامى الذين شُخِّصوا حديثًا باضطراب كرب ما بعد الصدمة بسبب انخراطهم في حربَي العراق وأفغانستان، والذين طلبوا الرعاية من «إدارة قدامى المحاربين»، أن أقل من واحد من كل عشرة قد أكمل بالفعل العلاج الموصى به[٣٢٤]. كما هي الحال في حالة قدامى المحاربين في فيتنام الذين عالجهم بيتمان، نادرًا ما يكون علاج التعرُّض، كما هو ممارس حاليًّا، مناسبًا لهم. لا يمكننا «معالجة» التجارب المروعة إلا إذا لم تغمرنا. وهذا يعني أن المقاربات الأخرى ضرورية.

المخدرات للوصول بأمان إلى الصدمة؟

عندما كنت طالبًا في كلية الطب، أمضيت صيف عام ١٩٦٦ أعمل لدى جان باستيان، وهو أستاذ في جامعة ليدن في هولندا كان معروفًا بعمله في علاج الناجين من الهولوكوست باستخدام عقار «إل إس دي». ادعى أنه حقق نتائج مذهلة، لكن عندما فحص زملاؤه الأرشيف الخاص به، وجدوا القليل من البيانات التي تدعم مزاعمه. أُهملت إمكانية استخدام المواد المُذهِبة للعقل لعلاج الصدمات لاحقًا حتى عام ٢٠٠٠، عندما حصل مايكل ميثوفر وزملاؤه في ساوث كارولينا على إذن من «إدارة الغذاء والدواء» لإجراء تجربة باستخدام عقار «إم دي إم إيه» (إكستاسي). صُنِّف عقار «إم دي إم إيه» كمادة خاضعة للرقابة في عام ١٩٨٥ بعد استخدامه لأعوام مخدرًا ترفيهيًّا. كما هي الحال مع «بروزاك» وغيره من المؤثرات العقلية، لا نعرف بالضبط

كيف يعمل «إم دي إم إيه»، لكن من المعروف أنه يزيد من تركيزات عدد من الهرمونات المهمة بما في ذلك «الأوكسيتوسين»، و«الفازوبريسين»، و«الكورتيزول»، و«البرولاكتين»[٣٢٥]. الأكثر صلة بعلاج الصدمة أنه يزيد من وعي الناس بأنفسهم؛ كثيرًا ما يبلغون عن إحساس عالٍ بالطاقة الرحيمة، مصحوبًا بالفضول، والوضوح، والثقة، والإبداع، والترابط. كان ميثوفر وزملاؤه يبحثون عن دواء من شأنه أن يعزز فعالية العلاج النفسي، وأصبحوا مهتمين بـ«إم دي إم إيه» لأنه يُقلل الخوف، والدفاعية، والخدر، بالإضافة إلى المساعدة في الوصول إلى التجربة الداخلية[٣٢٦]. اعتقدوا أن «إم دي إم إيه» قد يمكِّن المرضى من البقاء ضمن نافذة التسامح حتى يتمكنوا من إعادة النظر في ذكرياتهم الصادمة من دون المعاناة من الاستثارة الفسيولوجية والعاطفية الهائلة.

دعمت الدراسات التجريبية الأولية ذلك التوقع[٣٢٧]. الدراسة الأولى، التي شملت محاربين قدامى، ورجال إطفاء، وضباط شرطة مصابين باضطراب كرب ما بعد الصدمة، كانت لها نتائج إيجابية. في الدراسة التالية، لمجموعة مكونة من عشرين ضحية للاعتداء لم يستجيبوا لأشكال العلاج السابقة، تلقى اثنا عشر شخصًا «إم دي إم إيه» وتلقى ثمانية علاجًا وهميًّا غير فعَّال. في أثناء الجلوس أو الاستلقاء في غرفة مريحة، تلقوا جميعًا جلستين من العلاج النفسي مدة كلٍّ منهما ثماني ساعات، باستخدام علاج «أنظمة الأسرة الداخلية»، وهو موضوع الفصل السابع عشر من هذا الكتاب. بعد شهرين، عُدَّ ٨٣ في المائة من المرضى الذين تلقوا «إم دي إم إيه» بالإضافة إلى العلاج النفسي معافين تمامًا، مقارنةً بـ٢٥ في المائة من المجموعة التي تلقت العلاج الوهمي. لم تكن لدى أيٍّ من المرضى آثار جانبية ضارة. ربما يكون الأمر الأكثر إثارة للاهتمام هو أنه عندما عُقدت مقابلات مع المشاركين بعد مرور أكثر من عام على اكتمال الدراسة، وُجد أنهم قد حافظوا على ما حصدوه.

من خلال القدرة على ملاحظة الصدمة من حالة الهدوء واليقظة التي تسميها «أنظمة الأسرة الداخلية» «النفس» (وهو مصطلح سأناقشه بمزيد من التفصيل في الفصل السابع عشر)، يكون العقل والدماغ في وضع يسمح لهما بدمج الصدمة في نسيج الحياة العام. يختلف هذا كثيرًا عن تقنيات إزالة التحسُّس التقليدية، التي تدور حول منع استجابة الشخص لأهوال الماضي. هذا يتعلق بالارتباط والاندماج ـ إدخال حدث مروِّع غمرك في الماضي في ذكرى شيء حدث منذ زمن طويل.

ومع ذلك، فإن المواد المخدرة تُعدُّ عوامل قوية لها تاريخ مضطرب. يمكن بسهولة إساءة استخدامها من خلال الإدارة غير المبالية وسوء رعاية الحدود العلاجية. نأمل ألا يكون «إم دي إم إيه» علاجًا سحريًّا آخر يُطلق من «صندوق باندورا».

ماذا عن الأدوية؟

لطالما استخدم الناس المخدرات للتعامل مع الكرب الناجم عن الصدمة. لكل ثقافة وكل جيل تفضيلاتهم ـ «الجن» أو «الفودكا» أو «البيرة» أو «الويسكي»؛ الحشيش أو «الماريجوانا» أو القنب أو «الجنجا»؛ «الكوكايين»؛ مواد أفيونية مثل «الأوكسيكونتين»؛ مهدئات مثل «الفاليوم» و«الزاناكس» و«الكلونوبين». عندما يكون الناس يائسين، فإنهم يفعلون أي شيء تقريبًا ليشعروا بالهدوء والسيطرة بشكل أكبر[٣٢٨].

يتبع الطب النفسي السائد هذا التقليد. على مدى العقد الماضي، أنفقت وزارتا الدفاع وشؤون قدامى المحاربين معًا أكثر من ٤,٥ مليارات دولار على مضادات الاكتئاب، ومضادات الذهان، ومضادات القلق. أظهر تقرير داخلي صدر في يونيو ٢٠١٠ عن «مركز الاقتصاد الدوائي» التابع لوزارة الدفاع في معسكر «فورت سام هيوستن» في مدينة سان أنطونيو أن ٢١٣,٩٧٢، أو ٢٠ في المائة من ١,١ مليون جندي في الخدمة الفعلية

شملهم الاستطلاع، يأخذون شكلًا من أشكال المؤثرات العقلية: مضادات الاكتئاب، أو مضادات الذهان، أو المهدئات المنومة، أو غيرها من المواد الخاضعة للرقابة[٣٢٩].

ومع ذلك، لا يمكن للأدوية أن «تعالج» الصدمة؛ يمكنها فقط تثبيط تعبيرات فسيولوجيا مضطربة. ولا تُعلِّم الدروس الدائمة للتنظيم الذاتي. يمكنها المساعدة في التحكم في المشاعر والسلوك، ولكن بثمن دائمًا ـ لأنها تعمل عن طريق حجب الأنظمة الكيميائية التي تنظم المشاركة، والتحفيز، والألم، واللذة. لا يزال بعض زملائي متفائلين: ما زلت أحضر اجتماعات يناقش فيها العلماء الجادون بحثهم عن الرصاصة السحرية المراوغة التي ستعيد بأعجوبة ضبط دوائر الخوف في الدماغ (كما لو أن التوتر الناجم عن الصدمة ينطوي على دائرة دماغية واحدة فقط). أنا أيضًا أصف الأدوية بانتظام.

استُخدمت كل مجموعة من المؤثرات العقلية تقريبًا لعلاج بعض جوانب اضطراب كرب ما بعد الصدمة[٣٣٠]. «مثبطات امتصاص السيروتونين»، مثل «بروزاك» و«زولوفت» و«إيفكسور» و«باكسيل»، دُرست بدقة، ويمكن أن تجعل المشاعر أقل حدة والحياة أكثر قابلية للإدارة. غالبًا ما يشعر المرضى الذين يتعاطون «مثبطات امتصاص السيروتونين» بهدوء وتحكم أكبر؛ غالبًا ما يجعل الشعور بالانغمار بشكل أقل الانخراطَ في العلاج أكثر سهولة. يشعر مرضى آخرون بالتبلُّد بسبب «مثبطات امتصاص السيروتونين» ـ يشعرون بأنهم «يفقدون الامتيازات التي يتمتعون بها». أُقاربُ الأمرَ كسؤال تجريبي: دعونا نرَ ما ينفع، والمريض وحده هو الذي يحكم على ذلك. من ناحية أخرى، إذا لم يعمل أحد «مثبطات امتصاص السيروتونين»، فإن الأمر يستحق تجربة أخرى، لأن جميعها لها تأثيرات مختلفة قليلًا. من المثير للاهتمام أن «مثبطات امتصاص السيروتونين» تستخدم على نطاق واسع لعلاج الاكتئاب، ولكن في دراسة قارنًا فيها «بروزاك» مع «إزالة التحسس وإعادة المعالجة عن طريق

حركة العين» للمرضى الذين يعانون اضطراب كرب ما بعد الصدمة، وكثير منهم يعانون أيضًا الاكتئاب، أثبت علاج «إزالة التحسس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين» أنه مضاد أكثر فعالية للاكتئاب من «بروزاك»[٣٣١]. سأعود إلى هذا الموضوع في الفصل الخامس عشر[٣٣٢].

يمكن للأدوية التي تستهدف الجهاز العصبي اللاإرادي، مثل «بروبرانولول» أو «كلونيدين»، أن تساعد في تقليل فرط الإثارة والتفاعل مع التوتر[٣٣٣]. تعمل هذه العائلة من الأدوية عن طريق منع التأثيرات الجسدية لـ«الأدرينالين»، وقود الاستثارة، وبالتالي تقلل الكوابيس، والأرق، والتفاعلية مع محفزات الصدمة[٣٣٤]. يمكن أن يساعد حجب «الأدرينالين» في الحفاظ على الدماغ العقلاني شغالًا وجعل الخيارات ممكنة: «هل هذا حقًا ما أريد أن أفعله؟». منذ أن بدأتُ في دمج اليقظة العقلية و«اليوجا» في ممارستي، قللت من استخدام هذه الأدوية، إلا في بعض الأحيان لمساعدة المرضى على النوم براحة أكبر.

يميل المرضى المصابون بالصدمة إلى حب الأدوية المهدئة، «البنزوديازيبينات» من قبيل «كلونوبين»، و«فاليوم»، و«زاناكس»، و«أتيفان». من نواحٍ عديدة، تعمل هذه الأدوية مثل الكحول، حيث تجعل الناس يشعرون بالهدوء وتُبعدهم عن القلق. (يحب مالكو الملاهي الليلية العملاء الذين يتناولون «البنزوديازيبينات»؛ فهم لا ينزعجون عندما يخسرون ويواصلون المقامرة). لكن أيضًا، مثل الكحول، تضعف «البنزوات» المثبطات ضد قول أشياء مؤذية للأشخاص الذين نحبهم. يتردد معظم الأطباء المدنيين في وصف هذه الأدوية، لأن لديها إمكانية إدمان عالية وقد تتداخل أيضًا مع معالجة الصدمة. المرضى الذين يتوقفون عن تناولها بعد الاستخدام المطول عادةً ما تكون لديهم ردود فعل انسحابية تجعلهم مهتاجين وتزيد من أعراض ما بعد الصدمة.

أحيانًا أعطي لمرضاي جرعات منخفضة من «البنزوديازيبينات» لاستخدامها حسب الحاجة، ولكن ليس بما يكفي لتناولها يوميًا. عليهم

أن يختاروا متى يستهلكون إمداداتهم الثمينة، وأطلب منهم الاحتفاظ بمذكرات حول ما كان يحدث عندما قرروا تناول الحبوب. يمنحنا ذلك فرصة لمناقشة الحوادث المحددة التي حفزتهم.

أظهرت بضع دراسات أن مضادات الاختلاج ومثبتات الحالة المزاجية، مثل «الليثيوم» أو «الفالبروات»، يمكن أن يكون لها تأثيرات إيجابية بشكل طفيف، ما يؤدي إلى تثبيط فرط التوتر والذعر[٣٣٥]. الأدوية الأكثر إثارة للجدل هي ما يسمى بالجيل الثاني من المؤثرات المضادة للذهان، مثل «ريسبردال» و«سيروكويل»، أكثر الأدوية النفسية مبيعًا في الولايات المتحدة (١٤,٦ مليار دولار في عام ٢٠٠٨). يمكن أن تساعد الجرعات المنخفضة من هذه المؤثرات في تهدئة قدامى المحاربين والنساء المصابات باضطراب كرب ما بعد الصدمة المرتبط بإساءة المعاملة في الطفولة[٣٣٦]. يكون استخدام هذه الأدوية مُبرَّرًا في بعض الأحيان، على سبيل المثال عندما يشعر المرضى بأنهم خارج السيطرة تمامًا وغير قادرين على النوم أو عندما تفشل الطرق الأخرى[٣٣٧]. لكن من المهم أن تضع في حسبانك أن هذه الأدوية تعمل عن طريق منع نظام «الدوبامين»، نظام المكافأة في الدماغ، والذي يعمل أيضًا كمحرك للذة والتحفيز.

يمكن للأدوية المضادة للذهان مثل «ريسبردال» و«أبيليفاي» و«سيروكويل» أن تثبط الدماغ العاطفي بشكل كبير، وبالتالي تجعل المرضى أقل انزعاجًا أو غضبًا، ولكنها قد تتداخل أيضًا مع القدرة على تقدير الإشارات الدقيقة للذة، أو الخطر، أو الرضا. كما أنها تسبب زيادة الوزن، وتزيد من فرصة الإصابة بمرض السكري، وتجعل المرضى خامدين جسديًا، ما قد يزيد من إحساسهم بالاغتراب. تستخدم هذه الأدوية على نطاق واسع لعلاج الأطفال الذين تعرَّضوا لسوء المعاملة والذين يُشخَّصون بشكل غير سليم بالاضطراب ثنائي القطب أو اضطراب التقلب المزاجي. أكثر من نصف مليون طفل ومراهق في أمريكا يتعاطون الآن الأدوية المضادة للذهان، التي

قد تهدِّئهم ولكنها تتداخل أيضًا مع تعلُّم المهارات المناسبة للعمر وتنمية صداقات مع أطفال آخرين[٣٣٨]. وجدت دراسة أجرتها جامعة كولومبيا مؤخرًا أن وصفات الأدوية المضادة للذهان للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين عامين إلى خمسة أعوام والمؤمَّن عليهم صحيًّا بشكل خاص تضاعفت بين عامَي ٢٠٠٠ و٢٠٠٧[٣٣٩]. وقد حصل ٤٠ في المائة فقط منهم على تقييم سليم للصحة العقلية.

إلى أن فقدت براءة الاختراع، وزعت شركة الأدوية «جونسون آند جونسون» قطع «ليجو» مختومة بكلمة «ريسبردال» على غرف انتظار الأطباء النفسيين الذين يعملون مع الأطفال. يُحتمل أن يتلقى الأطفال من الأسر ذات الدخل المنخفض الأدوية المضادة للذهان بنسبة أربعة أضعاف تلقِّي أولئك المؤمَّن عليهم من القطاع الخاص. في عام واحد فقط، أنفقت «تكساس ميديكيد» ٩٦ مليون دولار على الأدوية المضادة للذهان للمراهقين والأطفال ـ بما في ذلك ثلاثة أطفال مجهولين تم إعطاؤهم الأدوية قبل أعياد ميلادهم الأولى[٣٤٠]. لا توجد دراسات حول تأثيرات المؤثرات العقلية في نمو الدماغ. الانفصال، وتشويه الذات، والذكريات المجزَّأة، وفقدان الذاكرة عمومًا هي اضطرابات لا تستجيب لأيٍّ من هذه الأدوية.

كانت دراسة «بروزاك» التي ناقشتها في الفصل الثاني هي الأولى التي اكتشفت أن المدنيين المصابين بصدمات يميلون إلى الاستجابة للأدوية بشكل أفضل بكثير من قدامى المحاربين[٣٤١]. ومنذ ذلك الحين وجدت دراسات أخرى تناقضات مماثلة. في ضوء ذلك، من المثير للقلق أن وزارتَي الدفاع وشؤون قدامى المحاربين تصفان كميات هائلة من الأدوية للجنود المقاتلين والمحاربين العائدين، وذلك غالبًا من دون تقديم أشكال أخرى من العلاج. بين عامَي ٢٠٠١ و٢٠١١، أنفقت «إدارة قدامى المحاربين» نحو ١,٥ مليار دولار على «سيروكويل» و«ريسبردال»، بينما أنفقت وزارة الدفاع

نحو ٩٠ مليون دولار خلال الفترة نفسها، على الرغم من أن ورقة بحثية نُشرت في عام ٢٠٠١ أظهرت أن «ريسبردال» لم يكن أكثر فعالية من العلاج الوهمي في علاج اضطراب كرب ما بعد الصدمة[٣٤٢]. وبشكل مشابه، بين عامَي ٢٠٠١ و٢٠١٢ أنفقت «إدارة قدامى المحاربين» ١,٧٢ مليون دولار وأنفقت وزارة الدفاع ١,٤٤ مليون دولار على «البنزوديازيبينات»[٣٤٣] ـ الأدوية التي يتجنب الأطباء عمومًا وصفها للمدنيين المصابين باضطراب كرب ما بعد الصدمة، بسبب احتمال إدمانهم وعدم وجود فعالية كبيرة لأعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة.

طريق التعافي طريق الحياة

في الفصل الأول من هذا الكتاب، قدَّمتك إلى مريض يدعى بيل التقيت به قبل أكثر من ثلاثين عامًا في «إدارة قدامى المحاربين». أصبح بيل أحد أساتذتي من المرضى، وعلاقتنا هي أيضًا قصة تطوري في علاج الصدمة.

عمل بيل مسعفًا في فيتنام في ١٩٦٧-١٩٧١، وبعد عودته، حاول استخدام المهارات التي تعلمها في الجيش من خلال العمل في وحدة الحروق في مستشفى محلي. أبقاه التمريض منهكًا، ومتفجرًا، ومتوترًا، لكن لم يكن لديه أي فكرة عن أن هذه المشكلات لها أي علاقة بما مر به في فيتنام. بعد كل شيء، لم يكن تشخيص اضطراب كرب ما بعد الصدمة موجودًا بعد، ولم يكن رجال الطبقة العاملة الأيرلندية في بوسطن يستشيرون الأطباء النفسيين. هدأت كوابيسه وأرقه قليلًا بعد أن ترك التمريض والتحق بمعهد اللاهوت ليصبح قسًّا. لم يطلب المساعدة إلا بعد ولادة ابنه الأول في عام ١٩٧٨.

أثار بكاء الطفل ذكريات مباغتة ولا إرادية لا هوادة فيها، حيث رأى، وسمع، وشم رائحة أطفال محترقين ومشوهين في فيتنام. كان خارج نطاق السيطرة إلى درجة أن بعض زملائي في «إدارة قدامى المحاربين» أرادوا

وضعه في المستشفى لعلاج ما اعتقدوا أنه ذهان. ومع ذلك، عندما بدأنا أنا وهو في العمل معًا وبدأ يشعر بالأمان معي، انفتح تدريجيًا على ما شاهده في فيتنام، وبدأ ببطء في تحمُّل مشاعره من دون أن تغمره. ساعده هذا في إعادة التركيز على رعاية أسرته وإنهاء تدريبه كقسٍّ. بعد عامين، أصبح راعي أبرشيته الخاصة، وشعرنا أن عملنا قد انتهى.

لم يكن لديَّ أي اتصال آخر مع بيل حتى اتصل بي بعد ثمانية عشر عامًا من اليوم التالي لمقابلته لأول مرة. كان يعاني الأعراض نفسها بالضبط ـ ذكريات مباغتة ولا إرادية، وكوابيس مروعة، ومشاعر بأنه يُجنُّ ـ الأشياء التي عانى منها بعد ولادة طفله مباشرة. كان هذا الابن قد بلغ من العمر ثمانية عشر عامًا، وبيل رافقه للتسجيل في التجنيد ـ في مستودع الأسلحة نفسه الذي شُحن منه بيل نفسه إلى فيتنام. بحلول ذلك الوقت، كنت أعرف كثيرًا عن علاج الكرب الناجم عن الصدمة، وتعاملت أنا وبيل مع الذكريات المحددة لما رآه، وسمعه، وشمَّه في فيتنام، وهي تفاصيل كان خائفًا جدًّا من تذكرها عندما التقينا لأول مرة. أمكننا الآن دمج هذه الذكريات مع «إزالة التحسس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين»، بحيث أصبحت هذه الذكريات قصصًا لما حدث منذ فترة طويلة بدلًا من نقل فوري إلى جحيم فيتنام. بمجرد أن شعر بمزيد من الاستقرار، أراد أن يتعامل مع طفولته: نشأته الوحشية وشعوره بالذنب لأنه ترك وراءه شقيقه الأصغر المصاب بالفصام عندما تطوع للذهاب إلى فيتنام، من دون حماية ضد نوبات والدهما العنيفة.

كان الموضوع المهم الآخر في وقتنا معًا هو الألم اليومي الذي واجهه بيل بوصفه قسًّا ـ الاضطرار إلى دفن مراهقين قُتِلوا في حوادث سيارات بعد أعوام قليلة فقط من قيامه بتعميدهم أو عودة أزواج زوَّجهم في أزمة على خلفية عنف منزلي. وواصل بيل تنظيم مجموعة دعم لزملائه من رجال الدين الذين واجهوا صدمات مماثلة، وأصبح قوة مهمة في مجتمعه.

بدأ العلاج الثالث لبيل بعد خمسة أعوام، عندما أصيب بمرض عصبي

خطير في سن الثالثة والخمسين. كان قد بدأ فجأة يعاني شللًا عرضيًا في عدة أجزاء من جسمه، وبدأ يتقبّل أنه ربما يقضي بقية حياته على كرسي متحرك. اعتقدت أن مشكلاته قد تكون بسبب التصلب المتعدد، لكن أطباء الأعصاب لم يتمكنوا من العثور على آفات معينة، وقالوا إنه لا يوجد علاج لحالته. أخبرني كم كان ممتنًا لدعم زوجته له. وكانت قد رتبت بالفعل لبناء منحدر للكراسي المتحركة عند المدخل الخاص بمطبخ منزلهم.

بالنظر إلى تكهناته القاتمة، حثثت بيل على إيجاد طريقة ليشعر بها ويصادق بها بشكل كامل المشاعر المؤلمة في جسمه، تمامًا كما تعلَّم أن يتسامح ويعيش مع أكثر ذكرياته إيلامًا عن الحرب. اقترحت عليه أن يستشير مختصًا باللياقة البدنية كان قد قدمني إلى «الفيلدنكرايس»، وهو أسلوب عملي لطيف لإعادة ترتيب الأحاسيس الجسدية وحركات العضلات. عندما عاد بيل للإبلاغ عن حالته، أعرب عن سعادته بإحساسه المتزايد بالسيطرة. ذكرت أنني بدأت مؤخرًا في ممارسة «اليوجا» بنفسي وأننا افتتحنا للتو برنامجًا لـ«اليوجا» في «مركز الصدمة». دعوته لاستكشاف ذلك كخطوة تالية له.

عثر بيل على صف «يوجا بيكرام» محلي، وهي ممارسة محمومة ومكثفة عادةً ما تكون مخصصة للشباب والأشخاص الحيويين. أحبها بيل، على الرغم من أن أجزاء من جسمه تداعت أحيانًا في الصف. على الرغم من إعاقته الجسدية، اكتسب إحساسًا باللذة والإتقان الجسمانيين لم يشعر بهما من قبل.

ساعد العلاج النفسي لبيل على وضع التجربة المروعة لفيتنام في الماضي. الآن كانت مصادقته مع جسمه تمنعه من تنظيم حياته حول فقدان السيطرة الجسدية. قرر أن يصبح مدربًا معتمدًا لـ«اليوجا»، وبدأ بتدريس «اليوجا» في مستودع الأسلحة المحلي لقدامى المحاربين العائدين من العراق وأفغانستان.

اليوم، بعد عشرة أعوام، يواصل بيل انخراطه الكامل في الحياة ـ مع أبنائه وأحفاده، من خلال عمله مع قدامى المحاربين، وفي كنيسته. يتأقلم مع حدوده الجسدية كإزعاج. درَّس حتى الآن «اليوجا» لأكثر من ١,٣٠٠ من قدامى المحاربين العائدين. لا يزال يعاني بانتظام ضعفًا مفاجئًا في أطرافه ما يتطلب منه الجلوس أو الاستلقاء. لكن، مثل ذكريات طفولته وذكرياته عن فيتنام، لا تسيطر هذه الأحداث على وجوده. إنها ببساطة جزء من قصة حياته المستمرة والمتطورة.

الفصل الرابع عشر

اللغة: معجزة وطغيان

«امنح الحزن كلمات؛ فالالتياع الذي لا يتكلم يُغضّن القلب المتفجع ويفطره».

– ويليام شكسبير، «مكبث»

«بالكاد يمكننا تحمُّل أن ننظر. قد يحمل الظلُّ أفضل ما في الحياة التي لم نعِشها. اذهب إلى القبو، الغرفة العلوية، صندوق القمامة. ابحث عن الذهب هناك. ابحث عن حيوان لم يُطعم أو يُروَ. إنه أنت! هذا الحيوان المُهمَل المنفي المتعطِّش للانتباه هو جزء من نفسك».

– ماريون وودمان (كما اقتبسه ستيفن كوب في كتابه «العمل العظيم لحياتك»)

في سبتمبر ٢٠٠١، نظمت العديد من المنظمات، بما في ذلك «المعاهد الوطنية للصحة»، وشركة «فايزر» للأدوية، و«مؤسسة شركة نيويورك تايمز»، لجان خبراء للتوصية بأفضل العلاجات للأشخاص الذين أصيبوا بصدمات من جراء الهجمات على «مركز التجارة العالمي». بالنظر إلى أن العديد من تدخُّلات الصدمة المستخدمة على نطاق واسع لم تُقيَّم بعناية في مجتمعات العلاج العشوائية (على عكس المرضى الذين يسعون للحصول

على مساعدة طبية نفسية)، فقد اعتقدتُ أن هذا يوفِّر فرصة غير عادية لمقارنة مدى نجاح مجموعة متنوعة من الأساليب المختلفة. كان زملائي أكثر تحفظًا، وبعد مداولات مطولة أوصت اللجان بنوعين فقط من العلاج: العلاج الموجَّه بالتحليل النفسي والعلاج السلوكي الإدراكي. لماذا العلاج التحليلي بالكلام؟ بالنظر إلى أن مانهاتن هي واحد من آخر معاقل التحليل النفسي الفرويدي، فقد كان من السيئ استبعاد نسبة كبيرة من ممارسي الصحة العقلية المحليين. لماذا العلاج السلوكي الإدراكي؟ بالنظر إلى أنه يمكن تقسيم العلاج السلوكي إلى خطوات ملموسة و«تقنين استخدامه» في بروتوكولات موحدة، فهو العلاج المفضل للباحثين الأكاديميين، وهي مجموعة أخرى ما كان من الممكن تجاهلها. بعد الموافقة على التوصيات، جلسنا وانتظرنا حتى يجد سكان نيويورك طريقهم إلى مكاتب المعالجين. لم يحضر أحد تقريبًا.

كان الدكتور سبنسر إيث، الذي أدار قسم الطب النفسي في «مستشفى سانت فنسنت في جرينتش فيلدج»، الذي لم يعد له وجود الآن، فضوليًّا بشأن المكان الذي لجأ إليه الناجون للحصول على المساعدة، وفي أوائل عام ٢٠٠٢، أجرى مع بعض طلاب الطب مسحًا شمل ٢٢٥ شخصًا هربوا من البرجين التوأمين. عند سؤال الناجين عما كان مفيدًا في التغلب على آثار تجربتهم، أعادوا الفضل إلى العلاج بالوخز بالإبر، والتدليك، و«اليوجا»، و«إزالة التحسس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين»، بهذا الترتيب[٣٤٤]. بين عمَّال الإنقاذ، كان التدليك شائعًا بشكل خاص. ويشير مسح إيث إلى أن التدخلات الأكثر فائدة ركَّزت على تخفيف الأعباء الجسدية الناتجة عن الصدمة. التباين بين تجربة الناجين وتوصيات الخبراء مثير للاهتمام. بالطبع، لا نعرف عدد الناجين الذين سعوا في النهاية إلى المزيد من العلاجات التقليدية. لكن الافتقار الواضح إلى الاهتمام بالعلاج بالكلام يثير سؤالًا أساسيًّا: ما فائدة الكلام عن صدمتك؟

المعالجون لديهم إيمان راسخ بقدرة الكلام على حل الصدمة. تعود تلك الثقة إلى عام ١٨٩٣، عندما كتب فرويد (ومعلمه، بروير) أن الصدمة «اختفت فورًا وبشكل دائم عندما نجحنا في تسليط الضوء بوضوح على ذكرى الحدث الذي استفزها وإثارة تأثيرها المصاحب، وعندما وصف المريض هذا الحدث بأكبر قدر ممكن من التفاصيل ووضع التأثير في كلمات»[٣٤٥].

لسوء الحظ، الأمر ليس بهذه البساطة: يكاد يكون من المستحيل وصف الأحداث الصادمة في كلمات. هذا صحيح بالنسبة إلينا جميعًا، وليس فقط بالنسبة إلى الأشخاص الذين يعانون اضطراب كرب ما بعد الصدمة. لم تكن البصمات الأولية لأحداث ١١ سبتمبر قصصًا بل صورًا: أناس مذعورون يجرون في الشارع، ووجوههم مغطاة بالرماد؛ طائرة تصطدم بـ«البرج الأول لمركز التجارة العالمي»؛ البقع البعيدة التي كان الناس يقفزونها يدًا بيد. أُعيدت تلك الصور مرارًا وتكرارًا، في أذهاننا وعلى شاشة التلفزيون، حتى ساعدنا العمدة جولياني ووسائل الإعلام في إنشاء قصة يمكننا مشاركتها مع بعضنا بعضًا.

في مؤلَّفه «أركان سبعة للحكمة» (Seven Pillars of Wisdom) كتب ت. إ. لورانس عن تجاربه الحربية:

> «تعلمنا أن هناك آلامًا حادة للغاية، حزنًا عميقًا للغاية، نشوات عالية للغاية بحيث يتعذر على أنفسنا تسجيلها. عندما وصلت العاطفة إلى هذه الدرجة اختنق العقل؛ وأصبحت الذاكرة بيضاء حتى أصبحت الظروف رتيبة مرة أخرى»[٣٤٦].

بينما تبقينا الصدمة مذهولين، فإن الطريق للخروج منها مرصوف بالكلمات، المجمَّعة بعناية، قطعة قطعة، حتى يُكشف عن القصة بأكملها.

كسر الصمت

ابتكر نشطاء في الحملة الأولى للتوعية بمرض الإيدز شعارًا قويًّا: «الصمت = الموت». الصمت حول الصدمة يؤدي أيضًا إلى الموت ـ موت الروح. الصمت يُعزِّز العزلة الموحشة للصدمة. أن تكون قادرًا على أن تقول بصوت عالٍ لإنسان آخر «تعرَّضت للاغتصاب»، أو «تعرَّضت للضرب على يد زوجي»، أو «وصف والدي الأمر بأنه تأديب، لكنه كان إساءة»، أو «لست على طبيعتي منذ رجوعي من العراق»، فتلك علامة على أن التعافي يمكن أن يبدأ.

قد نعتقد أنه يمكننا التحكم في حزننا، أو رعبنا، أو خزينا من خلال التزام الصمت، لكن التسمية توفر إمكانية وجود نوع مختلف من السيطرة. عندما كُلِّف آدم بمسؤولية مملكة الحيوانات في «سفر التكوين»، كان أول عمل له هو منح اسم لكل كائن حي.

إذا كنت قد تعرَّضت للأذى، فأنت بحاجة إلى الاعتراف وإلى تسمية ما حدث لك. أعلم ذلك من التجربة الشخصية: ما دام لم يكن لديَّ مكان يمكنني من خلاله السماح لنفسي بمعرفة ما كانت عليه الحال عندما حبسني والدي في قبو منزلنا لارتكاب مخالفات مختلفة بعمر ثلاثة أعوام، كنت مشغولًا بشكل مزمن بكوني منفيًّا ومهجورًا. فقط عندما استطعت التحدث عن شعور هذا الطفل الصغير، فقط عندما استطعت أن أسامحه لأنه كان خائفًا وخاضعًا، بدأت في الاستمتاع بصحبتي الخاصة. الشعور بأننا نُسمع ونُفهم يغير فسيولوجيتنا؛ القدرة على التعبير عن شعور معقد، والتعرف على مشاعرنا، يضيء دماغنا الحُوفي ويخلق «لحظة إدراك للحقيقة». في المقابل، المُلاقاة بالصمت وعدم الفهم تقتل الروح. أو، كما قال جون بولبي بشكل لا يُنسى: «ما لا يمكن قوله للآخرين [أو للأم] لا يمكن إخباره للذات».

إذا أخفيت عن نفسك حقيقة أن عمًّا تحرش بك عندما كنت صغيرًا،

فأنت عرضة للرد على محفزات مثل حيوان في عاصفة رعدية: باستجابة الجسم بالكامل لهرمونات تشير إلى «الخطر». من دون اللغة والسياق، قد يقتصر وعيك على: «أنا خائف». ومع ذلك، فإن العزم على البقاء في وضع السيطرة من المرجح أن يجنِّبك أي شخص أو أي شيء يذكرك حتى بشكل غامض بالصدمة. قد تتناوب أيضًا بين أن تكون مُثبطًا ومتوترًا أو متفاعلًا ومتفجرًا ـ كل ذلك من دون معرفة السبب.

ما دمت تحتفظ بالأسرار وتقمع المعلومات، فأنت في الأساس في حالة حرب مع نفسك. يتطلب إخفاء مشاعرك الجوهرية قدرًا هائلًا من الطاقة، ويُضعِف حافزك لتحقيق أهداف جديرة بالاهتمام، ويتركك تشعر بالملل والانغلاق. في هذه الأثناء، تستمر هرمونات التوتر في إغراق جسمك، ما يؤدي إلى الصداع، آلام العضلات، مشكلات في الأمعاء أو الوظائف الجنسية ـ وسلوكيات غير عقلانية قد تحرجك وتؤذي من حولك. فقط بعد تحديد مصدر هذه الاستجابات يمكنك البدء في استخدام مشاعرك كإشارات لمشكلات تتطلَّب اهتمامك العاجل.

كما أن تجاهل الواقع الداخلي يقضي على إحساسك بذاتك، وهويتك، وهدفك. طوَّرت عالمة النفس الإكلينيكية إدنا فوا وزملاؤها «مخزون إدراكات ما بعد الصدمة» (Posttraumatic Cognitions Inventory) لتقييم كيف يفكر المرضى في أنفسهم[٣٤٧]. غالبًا ما تتضمن أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة عبارات مثل «أشعر أني ميت من الداخل»، و«لن أتمكن أبدًا من الشعور بالعواطف الطبيعية مرة أخرى»، و«تغيرت إلى الأسوأ بشكل دائم»، و«أشعر وكأني شيء، وليس شخصًا»، و«ليس لديَّ مستقبل»، و«أشعر أني لم أعد أعرف نفسي».

القضية الحاسمة هي السماح لنفسك بمعرفة ما تعرفه. يتطلب هذا قدرًا هائلًا من الشجاعة. في «ما الذي يعنيه الذهاب إلى الحرب» (What It Is Like to Go to War)، يتصارع المحارب القديم في فيتنام كارل مارلانتس

مع ذكرياته عن الانتماء إلى وحدة بحرية قتالية فعَّالة ببراعة ويواجه الانقسام الرهيب الذي اكتشفه داخل نفسه:

«لأعوام لم أكن مدركًا الحاجة إلى علاج ذلك الانقسام، ولم يكن هناك أحد، بعد عودتي، ليوضح هذا لي... لماذا افترضت وجود شخص واحد فقط بداخلي؟ هناك جزء مني يحب التشويه، والقتل، والتعذيب. هذا الجزء مني ليس كل شيء عندي. لديَّ عناصر أخرى هي بالفعل عكس ذلك تمامًا، وأنا فخور بها. فهل أنا قاتل؟ لا، ولكن جزءًا مني كذلك. هل أنا جلاد؟ لا، ولكن جزءًا مني كذلك. هل أشعر بالرعب والحزن عندما أقرأ في الصحف عن طفل أُسِيئت معاملته؟ نعم. لكن هل أنا منبهر؟»[٣٤٨].

يخبرنا مارلانتس أن طريقه إلى التعافي تطلَّب تعلم قول الحقيقة، حتى لو كانت هذه الحقيقة مؤلمة للغاية.

الموت، والدمار، والحزن بحاجة إلى تبرير دائم في غياب بعض المعنى الشامل للمعاناة. يشجع عدم وجود هذا المعنى الشامل على اختلاق الأشياء والكذب لملء فراغ المعنى[٣٤٩].

«لم أتمكن قَطُّ من إخبار أي شخص بما كان يحدث في الداخل. ولذلك، أجبرت هذه الصور على التراجع، بعيدًا، لأعوام. بدأت في إعادة دمج هذا الجزء المنفصل من تجربتي فقط بعد أن بدأت بالفعل في تخيل ذلك الطفل كطفل، ربما طفلي. ثم خرج هذا الحزن ـ وهذا الشفاء ـ الغامر. يجب أن يكون دمج مشاعر الحزن، أو الغضب، أو كل ما سبق مع الفعل إجراء تشغيل قياسيًّا لجميع الجنود الذين قَتلوا وجهًا لوجه. لا يتطلب الأمر أي تدريب نفسي متطور. ما عليك سوى تشكيل مجموعات تحت قيادة عضو زميل في فرقة أو فصيلة خضع لتدريب على القيادة الجماعية لبضعة أيام وشجِّع الناس على الكلام»[٣٥٠].

إن التوصل إلى منظور بشأن رعبك ومشاركته مع الآخرين يمكن أن يعيد ترسيخ الشعور بأنك عضو في الجنس البشري. بعد أن انضم المحاربون القدامى في فيتنام الذين عالجتهم إلى مجموعة علاج أمكنهم فيها مشاركة الفظائع التي شهدوها وارتكبوها، أفادوا بأنهم بدأوا يفتحون قلوبهم لحبيباتهم.

معجزة اكتشاف الذات

إن اكتشاف ذاتك في اللغة دائمًا ما يكون لحظة تجلٍّ، حتى لو كان العثور على الكلمات لوصف واقعك الداخلي عملية مؤلمة. لهذا السبب أجد رواية هيلين كيلر عن كيفية «ولادتها في اللغة»[٣٥١] ملهمة للغاية.

عندما كانت هيلين تبلغ من العمر تسعة عشر شهرًا وبدأت للتو في الكلام، سلبتها عدوى فيروسية بصرها وسمعها. الآن وقد أصبحت صماء، وكفيفة، وبكماء، تحولت هذه الطفلة الجميلة المفعمة بالحيوية إلى مخلوق منعزل غير مروَّض. بعد خمسة أعوام يائسة، دعت عائلتها معلمة كفيفة جزئيًّا، آن سوليفان، للحضور من بوسطن إلى منزلهم في ريف ألاباما كمعلمة لهيلين. بدأت آن على الفور في تعليم هيلين الأبجدية اليدوية، وتهجئة الكلمات في يدها حرفًا بحرف، لكن الأمر استغرق عشرة أسابيع من محاولة التواصل مع هذه الطفلة الجامحة قبل حدوث الانفراجة. جاء ذلك عندما كتبت آن كلمة «ماء» في إحدى يدَي هيلين بينما كانت تحمل اليد الأخرى تحت مضخة المياه.

تذكرت هيلين لاحقًا تلك اللحظة في «قصة حياتي» (The Story of My Life):

> «الماء! أذهلت تلك الكلمة روحي، التي استيقظت ممتلئة بحيوية الصباح... حتى ذلك اليوم، كان عقلي مثل غرفة مظلمة تنتظر الكلمات لتدخل وتضيء المصباح، الذي هو الفكر. تعلمت كثيرًا من الكلمات في ذلك اليوم».

أتاح تعلُّم أسماء الأشياء للطفلة ليس فقط تكوين تمثيل داخلي للواقع المادي غير المرئي وغير المسموع من حولها ولكن أيضًا العثور على نفسها: بعد ستة أشهر، بدأت في استخدام ضمير المتكلم «أنا».

تذكرني قصة هيلين بالأطفال العنيدين وغير التواصليين الذين تعرَّضوا لسوء المعاملة والذين نراهم في برامج العلاج السكنية الخاصة بنا. قبل أن تكتسب اللغة، كانت متحيرة ومتمحورة حول نفسها ـ وبأثر رجعي، أطلقت على هذا المخلوق «شبح». وبالفعل، يأخذ أطفالنا شكل أشباح حتى يتمكنوا من اكتشاف من هم ويشعرون بالأمان الكافي لإيصال ما يجري معهم.

في كتاب لاحق، «العالم الذي أعيش فيه» (The World I Live In)، وصفت كيلر ولادتها في صورة ذاتية:

> «قبل أن تأتي معلمتي إليَّ، لم أكن أعرف أني أكون. عشت في عالم بلا عالم... لم تكن لديَّ لا إرادة ولا عقل... أستطيع أن أتذكر كل هذا، ليس لأني كنت أعرف أنه كذلك، ولكن لأن لديَّ ذاكرة لمسية. وهي تتيح لي أن أتذكر أني لم أمسك قَطُّ بجبهتي عند قيامي بفعل التفكير»[٣٥٢].

لم يكن ممكنًا مشاركة ذكريات هيلين «اللمسية» ـ الذكريات المبنية فقط على اللمس. لكن اللغة فتحت إمكانية الانضمام إلى مجتمع. في سن الثامنة، عندما ذهبت هيلين مع آن إلى «معهد بيركنز للمكفوفين» في بوسطن (حيث تدربت سوليفان نفسها)، أصبحت قادرة على التواصل مع غيرها من الأطفال لأول مرة. كتبت: «أوه، يا لها من سعادة!». وأضافت: «التحدث بحرية مع غيري من الأطفال! أن تشعر وكأنك في بيتك في هذا العالم العظيم!».

يجسِّد اكتشاف هيلين للغة بمساعدة آن سوليفان جوهر العلاقة العلاجية: العثور على الكلمات حيث كانت الكلمات غائبة من قبل، ونتيجة لذلك، يكون المرء قادرًا على مشاركة ألمه العميق ومشاعره العميقة مع إنسان آخر. هذه واحدة من أكثر التجارب عمقًا التي يمكن أن نحظى بها، ومثل هذا

الصدى، حيث يمكن اكتشاف الكلمات غير المنطوقة حتى الآن، والنطق بها، وتلقيها، أمر أساسي لشفاء عزلة الصدمة - خصوصًا إذا تجاهلَنا الأشخاص الآخرون في حياتنا أو أسكتونا. التواصل الكامل هو عكس الشعور بالصدمة.

أن تعرف نفسك أم أن تحكي قصتك؟

نظام التوعية المزدوج الخاص بنا

ومع ذلك، فإن أي شخص ينخرط في العلاج بالكلام يواجه على الفور تقريبًا قيود اللغة. كان هذا صحيحًا بالنسبة إلى تحليلي النفسي. بينما أتحدث بسهولة ويمكنني سرد حكايات ممتعة، أدركت بسرعة مدى صعوبة الإحساس بمشاعري بعمق وإبلاغ شخص آخر عنها في الوقت نفسه. عندما تواصلت مع أكثر اللحظات حميمية، أو إيلامًا، أو إرباكًا في حياتي، غالبًا ما وجدت نفسي في مواجهة خيار: إما أن أركز على إعادة إحياء المشاهد القديمة في عين عقلي وأدع نفسي أشعر بما شعرت به في ذلك الوقت، وإما أخبر المحلل الخاص بي بشكل منطقي ومتماسك بما حدث. عندما اخترت الأخير، فقدت الاتصال بنفسي بسرعة وبدأت في التركيز على رأيه هو فيما كنت أقوله له. أدنى تلميح بالشك أو الإدانة جعلني أنغلق، وأحوِّل انتباهي إلى استعادة موافقته.

منذ ذلك الحين، أظهرت أبحاث علم الأعصاب أننا نمتلك شكلين متميزين من الوعي الذاتي: أحدهما يتتبع الذات عبر الزمن والآخر يسجل الذات في الوقت الحاضر. الأول، وهو ذاتنا السيرذاتية، يخلق روابط بين الخبرات ويجمعها في قصة متماسكة. هذا النظام متجذر في اللغة. تتغير سردياتنا مع الحكي، حيث يتغير منظورنا، وعندما نُدمج مدخلات جديدة.

النظام الآخر، وهو وعينا الذاتي اللحظي، يقوم أساسًا على الأحاسيس الجسدية، ولكن إذا شعرنا بالأمان ولم نتعجَّل، يمكننا أن نجد كلمات لتوصيل تلك التجربة أيضًا. هاتان الطريقتان للمعرفة تتموضعان في أجزاء

مختلفة من الدماغ منفصلة إلى حد كبير بعضها عن بعض[٣٥٣]. فقط النظام المخصص للوعي الذاتي، الذي يقع في قشرة الفص الجبهي الإنسي، يمكنه تغيير الدماغ العاطفي.

في المجموعات التي كنت أقودها لقدامى المحاربين، كان بإمكاني أحيانًا رؤية هذين النظامين يعملان جنبًا إلى جنب. روى الجنود حكايات مروعة عن الموت والدمار، لكني لاحظت أن أجسامهم غالبًا ما شعَّت في الوقت نفسه بشعور بالفخر والانتماء. وبالمثل، يخبرني العديد من المرضى عن العائلات السعيدة التي نشأوا فيها بينما تنحني أجسامهم وتبدو أصواتهم قلقة ومتوترة. يقوم أحد الأنظمة بإنشاء قصة للاستهلاك العام، وإذا أخبرنا هذه القصة كثيرًا، فمن المحتمل أن نبدأ في الاعتقاد بأنها تحتوي على الحقيقة كاملة. لكن النظام الآخر يسجل حقيقة مختلفة: كيف نختبر الوضع بعمق في الداخل. هذا النظام الثاني هو الذي بحاجة إلى الولوج، والمصادقة، والمصالحة.

في الآونة الأخيرة فقط في المستشفى التعليمي الذي أعمل فيه، أجريت مع مجموعة من الأطباء النفسيين مقابلة مع شابة مصابة بصرع الفص الصدغي وكانت تُقيَّم بعد محاولة انتحار. سألها المقيِّمون بالمستشفى أسئلة عادية حول أعراضها، والأدوية التي تتناولها، وكم كان عمرها عندما شُخِّصت، وما الذي جعلها تحاول الانتحار. ردت بصوت بارد وعملي أنها كانت في الخامسة من عمرها عندما شُخِّصت. كانت قد فقدت وظيفتها؛ عرفتْ أنها كانت تزيِّف الأمر؛ شعرتْ بأنه لا قيمة لها. لسبب ما سألها أحد المقيِّمين عما إذا كانت قد تعرضت لاعتداء جنسي. فاجأني هذا السؤال: لم تعطِنا أي مؤشر على أنها كانت تعاني مشكلات في العلاقة الحميمية أو النشاط الجنسي، وتساءلتُ عما إذا كان الطبيب يسعى وراء أجندة خاصة.

ومع ذلك، فإن القصة التي سردتها مريضتنا لم توضِّح سبب انهيارها بعد أن فقدت وظيفتها. ولذلك، سألتها كيف كانت الحال عندما أُخبرت تلك

الفتاة البالغة من العمر خمسة أعوام أن هناك خطأً ما في دماغها. أجبرها ذلك على التحقق من الأمر مع نفسها، حيث لم يكن لديها سيناريو جاهز لهذا السؤال. بنبرة صوت خافتة، أخبرتنا أن أسوأ جزء في تشخيصها هو أن والدها بعد ذلك لم يرغب في القيام بأي شيء معها:

ـ رآني فقط كطفلة معيبة.

قالت إنه لم يدعمها أحد، ولذلك كان عليها أن تدير الأمور بنفسها.

ثم سألتها كيف تشعر الآن حيال تلك الفتاة الصغيرة التي شُخِّصت حديثًا بالصرع والتي تُركت بمفردها. بدلًا من البكاء على وحدتها أو الغضب من نقص الدعم، قالت بشراسة:

ـ كانت غبية، ومتذمِّرة، واعتمادية. كان عليها القيام بشيء ما والتعامل مع أزمتها.

من الواضح أن ذلك الشغف جاء من الجزء الذي حاول ببسالة التعامل مع محنتها، وأقررتُ بأنه ربما هذا الجزء هو الذي ساعدها على النجاة في ذلك الوقت. طلبت منها أن تسمح لتلك الفتاة الخائفة المهجورة أن تخبرها كيف كانت الحال بمفردها، حيث تفاقم مرضها بسبب رفض الأسرة. بدأت في النحيب والتزمت الصمت لفترة طويلة حتى قالت أخيرًا:

ـ لا، لم تكن تستحق ذلك. كان ينبغي دعمها؛ شخصٌ ما كان يجب أن يعتني بها.

ثم تحوَّلت مرة أخرى وأخبرتني بفخر عن إنجازاتها ـ كم أنجزت على الرغم من هذا النقص في الدعم. القصة العامة والتجربة الداخلية اجتمعتا أخيرًا.

الجسم هو الجسر

قصص الصدمة تقلل من عزلة الصدمة، وتقدِّم تفسيرًا[1] لسؤال لماذا يعاني الناس بالطريقة التي يعانون بها. إنها تسمح للأطباء بإجراء التشخيص، حتى

يتمكنوا من معالجة مشكلات مثل الأرق، أو الاهتياج، أو الكوابيس، أو التخدير. يمكن للقصص أيضًا أن تقدم للناس هدفًا نُلقي باللوم عليه. اللوم سمة إنسانية عالمية تساعد الناس على الشعور بالرضا بينما يشعرون بالسوء، أو كما اعتاد أستاذي القديم إلفين سيمراد أن يقول: «الكراهية تجعل العالم يدور». لكن القصص تحجب أيضًا قضية أكثر أهمية، وهي أن الصدمة تغير الناس راديكاليًّا: إنهم في الحقيقة لم يعودوا «أنفسهم».

من الصعب بشكل لا يُطاق وضع هذا الشعور بأنك لم تعد نفسك في كلمات. تطورت اللغة بشكل أساسي لمشاركة «الأشياء الموجودة هناك»، وليس للتعبير عن مشاعرنا الداخلية، جوانيتنا. (مجددًا، يكون مركز اللغة في الدماغ بعيدًا عن مركز تجربة الذات بقدر ما هو ممكن جغرافيًّا). ومعظمنا أفضل بشكل أكبر في وصف شخص آخر من وصف أنفسنا. كما سمعت ذات مرة عالم النفس في جامعة هارفارد جيروم كاجان يقول: «يمكن تشبيه مهمة وصف معظم التجارب الخاصة بالوصول إلى بئر عميقة لالتقاط أشكال بلورية صغيرة هشة في أثناء ارتدائك قفازات جلدية سميكة»(٣٥٤).

يمكننا تجاوز زَلَق الكلمات من خلال إشراك نظام الذات المراقِب ذاتيًّا والقائم على الجسم، والذي يتحدث من خلال الأحاسيس، ونبرة الصوت، وتوترات الجسم. القدرة على إدراك الأحاسيس الحشوية هي أساس الوعي العاطفي(٣٥٥). إذا أخبرني مريض أنه كان في الثامنة من عمره عندما هجر والده الأسرة، فمن المحتمل أن أتوقف وأطلب منه التحقق من ذلك مع نفسه: ماذا يحدث في الداخل عندما يخبرني عن ذلك الفتى الذي لم يرَ والده مجددًا؟ أين يسجَّل ذلك في جسمه؟ عندما تنشِّط مشاعرك الغريزية وتصغي إلى انفطار قلبك ـ عندما تتبع المسارات الباطنية إلى أعمق تجاويفك ـ تبدأ الأشياء في التغيير.

أن تكتب إلى نفسك

هناك طرق أخرى للوصول إلى عالم مشاعرك الداخلي. وإحدى أكثر الطرق فعالية تتم من خلال الكتابة. معظمنا سكب قلبه في رسائل غاضبة، أو اتهامية، أو شجية، أو حزينة بعد أن خاننا أناس أو تخلوا عنا. يجعلنا القيام بذلك دائمًا نشعر بالتحسن، حتى لو لم نرسلها قَطُّ. عندما تكتب إلى نفسك، لا داعي للقلق بشأن أحكام الآخرين ـ فأنت تستمع فقط إلى أفكارك الخاصة وتدع تدفقها يسيطر. ولاحقًا، عندما تُعيد قراءة ما كتبته، تكتشف غالبًا حقائق مدهشة.

بوصفنا أعضاءً عاملين في المجتمع، من المفترض أن نكون «لطيفين» في تفاعلاتنا اليومية، وأن نُخضع مشاعرنا للمهمة المطروحة أمامنا. عندما نتحدث مع شخص لا نشعر بالأمان التام معه، يقفز محررنا الاجتماعي في حالة تأهب قصوى ويكون حارسنا جاهزًا. الكتابة مختلفة. إذا طلبت من محررك أن يتركك بمفردك لفترة من الوقت، فستظهر أشياء لم تكن لديك أدنى فكرة عن وجودها. أنت حر في الخوض في نوع من حالة النشوة حيث يبدو أن القلم (أو لوحة المفاتيح) ينقل أي تدفق من الداخل. يمكنك ربط جزء المراقبة الذاتية وجزء السرد في دماغك من دون القلق بشأن الاستقبال الذي ستحصل عليه.

في الممارسة التي تسمى الكتابة الحرة، يمكنك استخدام أي شيء بعدِّه اختبار رورشاخ الشخصي الخاص بك للدخول في مجموعة من الارتباطات. ما عليك سوى كتابة أول ما يتبادر إلى ذهنك وأنت تنظر إلى الشيء الذي أمامك ثم استمر من دون توقف، أو إعادة قراءة، أو شطب. قد تؤدي ملعقة موضوعة على المنضدة إلى إثارة ذكريات صنع صلصة الطماطم مع جدتك ـ أو التعرُّض للضرب عندما كنت طفلًا. قد يجعلك إبريق الشاي الذي تُنوقِل عبر أجيال تتسكَّع إلى أبعد مكامن عقلك، إلى الأحباء الذين فقدتهم، أو العطلات العائلية التي كانت مزيجًا من الحب والصراع. قريبًا

ستظهر صورة، ثم ذكرى، ثم فقرة لتسجلها. كل ما يظهر على الورق سيكون مظهرًا من مظاهر الارتباطات التي تخصك بشكل فريد.

غالبًا ما يُحضِر مرضاي شظايا من كتابة ورسومات حول ذكريات ربما لم يكونوا مستعدين بعد لمناقشتها. من المحتمل أن تربكهم قراءة المحتوى بصوت عالٍ، لكنهم يريدونني أن أكون على دراية بما يتصارعون معه. أخبرهم كم أقدِّر شجاعتهم في السماح لأنفسهم باستكشاف الأجزاء المخفية حتى الآن من أنفسهم وفي ائتماني عليها. توجِّه هذه الاتصالات الأولية خطة العلاج الخاصة بي ـ على سبيل المثال، من خلال مساعدتي في تقرير ما إذا كان يجب إضافة المعالجة الجسدية، أو الارتجاع العصبي، أو «إزالة التحسس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين» إلى عملنا الحالي.

على حد علمي، أُجري أول اختبار منهجي لقوة اللغة في تخفيف الصدمة في عام ١٩٨٦، عندما حوَّل جيمس بينيباكر من جامعة تكساس في أوستن فصل علم النفس التمهيدي الخاص به إلى مختبر تجريبي. بدأ بينيباكر باحترام صحي لأهمية التثبيط، والاحتفاظ بالأشياء لنفسك، وهي أشياء عدَّها غِراء الحضارة[٣٥٦]. لكنه افترض أيضًا أن الناس يدفعون ثمنًا لمحاولة قمع وعيهم بمشكلتهم الحقيقية.

بدأ في مطالبة كل طالب بتحديد تجربة شخصية عميقة وجدوها موتِّرة أو صادمة للغاية. ثم قسَّم بعد ذلك الفصل إلى ثلاث مجموعات: تكتب واحدة عما يجري حاليًّا في حياتهم؛ والثانية تكتب عن تفاصيل الحدث الصادم أو الموتر؛ والثالثة تسرد حقائق التجربة، ومشاعرهم وعواطفهم حيالها، والتأثير الذي اعتقدوه لهذا الحدث في حياتهم. كتب جميع الطلاب بشكل مستمر لمدة خمس عشرة دقيقة على مدى أربعة أيام متتالية في أثناء جلوسهم بمفردهم في حجرة صغيرة في مبنى علم النفس.

أخذ الطلاب الدراسة على محمل الجد؛ كشف العديدون أسرارًا لم يخبروا بها أي شخص. غالبًا ما بكوا في أثناء الكتابة، وأسرَّ الكثيرون

لمساعدي الدورة أنهم سينشغلون بهذه التجارب. من بين مائتي مشارك، كتب ٦٥ عن صدمة حدثت في الطفولة. على الرغم من أن وفاة أحد أفراد الأسرة كانت الموضوع الأكثر شيوعًا، فقد أبلغ ٢٢ في المائة من النساء و١٠ في المائة من الرجال عن صدمة جنسية حدثت قبل سن السابعة عشرة.

سأل الباحثون الطلاب عن صحتهم وتفاجأوا من عدد المرات التي أبلغ فيها الطلاب بشكل عفوي عن تاريخ من المشكلات الصحية الرئيسية والثانوية: السرطان، وارتفاع ضغط الدم، والقرحة، والأنفلونزا، والصداع، وآلام الأذن[٣٥٧]. أولئك الذين أبلغوا عن تجربة جنسية صادمة في الطفولة أُدخلوا إلى المستشفى بمعدل ١,٧ يوم في العام السابق ـ تقريبًا ضعف معدل الآخرين.

ثم قارن الفريق عدد الزيارات التي قام بها المشاركون إلى المركز الصحي الطلابي خلال الشهر السابق للدراسة مع عدد الزيارات في الشهر التالي لها. من الواضح أن المجموعة التي كتبت عن الحقائق والعواطف المتعلقة بصدماتها كانت الأكثر استفادة: سجلوا انخفاضًا بنسبة ٥٠ في المائة في زيارات الأطباء مقارنةً بالمجموعتين الأخريين. الكتابة عن أعمق أفكارهم ومشاعرهم حول الصدمة حسنت مزاجهم، وأسفرت عن موقف أكثر تفاؤلًا وصحة جسدية أفضل.

عندما طُلب من الطلاب أنفسهم تقييم الدراسة، ركزوا على كيفية قيامها بزيادة فهمهم لذاتهم: «ساعدتني على التفكير فيما شعرت به خلال تلك الأوقات. لم أدرك قَطُّ كيف أثَّر ذلك فيَّ من قبل». «كان عليَّ التفكير في التجارب السابقة وحلها. كانت إحدى نتائج التجربة راحة البال. ساعدني الاضطرار إلى الكتابة عن العواطف والمشاعر على فهم ما شعرت به ولماذا شعرت به»[٣٥٨].

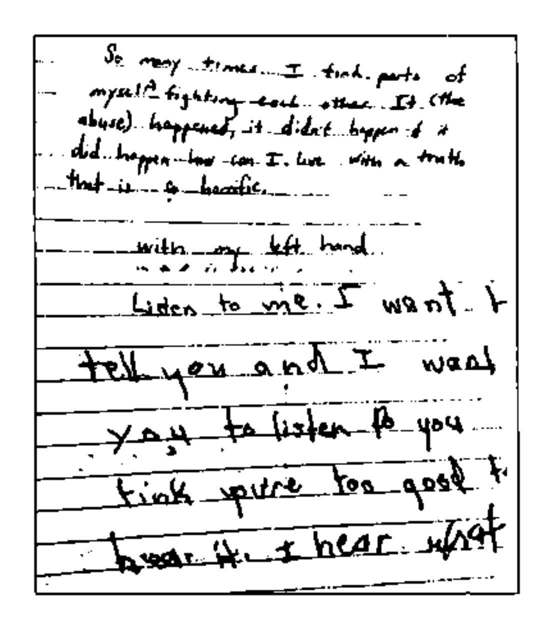
في دراسة لاحقة، طلب بينيباكر من نصف مجموعة مكونة من اثنين

وسبعين طالبًا التحدث إلى جهاز تسجيل عن التجربة الأكثر صدمة في حياتهم؛ ناقش النصف الآخر خططهم لبقية اليوم. في أثناء حديثهم، راقب الباحثون ردود أفعالهم الفسيولوجية: ضغط الدم، ومعدل ضربات القلب، وتوتر العضلات، ودرجة حرارة اليد[٣٥٩]. كانت لهذه الدراسة نتائج مماثلة: أولئك الذين سمحوا لأنفسهم بالشعور بعواطفهم أظهروا تغيرات فسيولوجية كبيرة، فورية وطويلة المدى. خلال اعترافاتهم، زاد ضغط الدم، ومعدل ضربات القلب، والوظائف اللاإرادية الأخرى، ولكن بعد ذلك انخفضت استثارتهم إلى مستويات أقل مما كانت عليه في بداية الدراسة. لا يزال من الممكن قياس الانخفاض في ضغط الدم بعد ستة أسابيع من انتهاء التجربة.

من المقبول الآن على نطاق واسع أن التجارب الموترة ـ سواء كانت طلاقًا، أو امتحانات نهائية، أو شعورًا بالوحدة ـ لها تأثير سلبي في الوظيفة المناعية، لكن هذا كان مفهومًا مثيرًا للجدل إلى حد كبير في وقت دراسة بينيباكر. بناءً على بروتوكولاته، قارن فريق من الباحثين في كلية الطب بجامعة ولاية أوهايو مجموعتين من الطلاب الذين كتبوا إما عن صدمة شخصية وإما عن موضوع سطحي[٣٦٠]. مجددًا، أولئك الذين كتبوا عن صدمات شخصية زاروا بشكل أقل المركز الصحي للطلاب، وكان تحسن صحتهم مرتبطًا بتحسين وظائف المناعة، كما قيست من خلال عمل الخلايا اللمفاوية التائية (الخلايا القاتلة الطبيعية) والعلامات المناعية الأخرى في الدم. كان هذا التأثير أكثر وضوحًا بعد التجربة مباشرة، ولكن اكتشافه ظل ممكنًا بعد ستة أسابيع. تجارب الكتابة من جميع أنحاء العالم، مع طلاب المدارس الابتدائية، والمقيمين في دور رعاية المسنين، وطلاب الطب، والسجناء ذوي الإجراءات الأمنية المشددة، والذين يعانون التهاب المفاصل، والأمهات الجديدات، وضحايا الاغتصاب، تُظهِر باستمرار أن الكتابة عن الأحداث المزعجة تعمل على تحسين الصحة الجسدية والعقلية.

لفت انتباهي جانب آخر من دراسات بينيباكر: عندما تحدَّث المشاركون

في تجاربه عن قضايا حميمية أو صعبة، غالبًا ما غيَّروا نبرة صوتهم وأسلوب حديثهم. كانت الاختلافات مذهلة إلى درجة أن بينيباكر تساءل عما إذا كان قد خلط شرائط التسجيل. على سبيل المثال، وصفت إحدى النساء خططها لهذا اليوم بصوت طفولي عالٍ، ولكن بعد بضع دقائق، عندما وصفت سرقة مائة دولار من خزانة نقدية مفتوحة، أصبح حجم ونبرة صوتها أقل بكثير إلى درجة أنها بدت وكأنها شخص مختلف تمامًا. كما انعكست التغيرات في الحالات العاطفية في خط يد المشارك. مع تغيير المشاركين للموضوعات، قد ينتقلون من الحروف المتصلة إلى الأحرف الكبيرة والعودة إلى الحروف المتصلة؛ كانت هناك أيضًا اختلافات في ميل الحروف وضغط القلم.



مثل هذه التغيرات تسمى «التبديل» في الممارسة السريرية، ونراها في كثير من الأحيان في الأفراد الذين لديهم تواريخ من الصدمة. ينشِّط المرضى حالات عاطفية وفسيولوجية مختلفة بشكل واضح في أثناء انتقالهم من

موضوع إلى آخر. يتجلى التبديل ليس فقط في صورة أنماط صوتية مختلفة بشكل ملحوظ، ولكن أيضًا في تعابير الوجه وحركات الجسم المختلفة. بعض المرضى يبدو وكأنهم يغيرون هويتهم الشخصية، من متخوفة إلى قوية وعدوانية أو من الانصياع بقلق إلى الإغواء الصارخ. عندما يكتبون عن أعمق مخاوفهم، غالبًا ما يصبح خط يدهم طفوليًّا وبدائيًّا.

I want to hurt myself because I
feel like I'm bad. My mother calls
and leaves me sad messages and
I don't call her back. When I think about
being little I remember never wanting
her to find me and I feel like
she's looking for me now. She
Knows things about me no
one else Knows.

إذا جرى التعامل مع هؤلاء المرضى، الذين يُوجدون في مثل هذه الحالات المختلفة بشكل درامي، على أنهم مزيفون، أو إذا طُلب منهم التوقف عن إظهار أجزائهم المزعجة بشكل غير متوقع، فمن المحتمل أن يصبحوا صامتين. من المحتمل أن يستمروا في طلب المساعدة، ولكن بعد إسكاتهم سوف ينقلون صرخاتهم طلبًا للمساعدة ليس عن طريق التحدث ولكن من خلال الفعل: بمحاولات انتحار، واكتئاب، ونوبات اهتياج. كما سنرى في الفصل السابع عشر، سوف يتحسنون فقط إذا قدَّر كلٌّ من المريض والمعالج الأدوار التي لعبتها هذه الحالات المختلفة في نجاتهم.

الفن والموسيقى والرقص

هناك الآلاف من المعالجين بالفنون والموسيقى والرقص الذين يؤدون عملًا جميلًا مع الأطفال الذين تعرضوا لسوء المعاملة، والجنود الذين يعانون اضطراب كرب ما بعد الصدمة، وضحايا نكاح المحارم، واللاجئين، والناجين من التعذيب، والعديد من الروايات تشهد على فعالية العلاجات التعبيرية[٣٦١]. ومع ذلك، في هذه المرحلة، لا نعرف سوى القليل جدًّا عن كيفية عملهم أو عن الجوانب المحددة من الكرب الناجم عن الصدمة التي يعالجونها، وسيشكل إجراء البحوث اللازمة لتحديد القيمة العلمية لهذه العلاجات تحديًا لوجستيًّا وماليًّا هائلًا.

قد تكون قدرة الفن والموسيقى والرقص على التحايل على الصمت الذي يصاحب الرعب أحد أسباب استخدامها كعلاجات للصدمة في العديد من الثقافات حول العالم. واحدة من الدراسات المنهجية القليلة لمقارنة التعبير الفني غير اللفظي بالكتابة أجراها كلٌّ من جيمس بينيباكر وآن كرانتز، وهي معالجة رقص وحركة في سان فرانسيسكو[٣٦٢]. طُلب من ثلث مجموعة مكونة من ٦٤ طالبًا الكشف عن تجربة شخصية صادمة من خلال حركات الجسم التعبيرية لمدة عشر دقائق على الأقل يوميًّا على مدى ثلاثة أيام متتالية، ثم الكتابة عنها لمدة عشر دقائق أخرى. مجموعة ثانية رقصت لكنها لم تكتب عن صدماتها، ومجموعة ثالثة شاركت في برنامج تدريبي روتيني. على مدى الأشهر الثلاثة التالية، أفاد أعضاء من جميع المجموعات بأنهم شعروا بسعادة أكبر وصحة أفضل. ومع ذلك، فقط مجموعة الحركة التعبيرية التي كتبت أيضًا أظهرت دليلًا موضوعيًّا: صحة جسدية أفضل ومتوسط درجات محسَّن. (لم تقيِّم الدراسة أعراضًا محددة لاضطراب كرب ما بعد الصدمة). وخَلُص كلٌّ من بينيباكر وكرانتز إلى أن: «مجرد التعبير عن الصدمة لا يكفي. يبدو أن الصحة تتطلب ترجمة الخبرات إلى لغة».

ومع ذلك، ما زلنا لا نعرف ما إذا كان هذا الاستنتاج ـ أن اللغة ضرورية للشفاء ـ في الواقع صحيحًا دائمًا. والدراسات الكتابية التي ركزت على أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة (على عكس الصحة العامة) مخيبة للآمال. عندما ناقشت هذا الأمر مع بينباكر، حذرني من أن معظم الدراسات الكتابية حول مرضى اضطراب كرب ما بعد الصدمة قد تمت في سياقات جماعية حيث يُتوقع من المشاركين مشاركة قصصهم. وكرر النقطة التي أشرت إليها أعلاه ـ أن الهدف من الكتابة هو الكتابة إلى نفسك، لتخبر نفسك بما كنت تحاول تجنبه.

حدود اللغة

تغمر الصدمة المستمعين وكذلك المتحدثين. في «الحرب العظمى في الذاكرة الحديثة» (The Great War in Modern Memory)، دراسته البارعة حول الحرب العالمية الأولى، يعلق بول فوسيل ببراعة على منطقة الصمت التي تخلقها الصدمة:

> من بين ركائز الحرب... التصادم بين الأحداث واللغة المتاحة ـ أو الفكر المناسب ـ لوصفها... من الناحية المنطقية، لا يوجد سبب يمنع اللغة الإنجليزية من تقديم واقع... الحرب: فهي غنية بمصطلحات مثل الدم، والرعب، والعذاب، والجنون، واللعنة، والقسوة، والقتل، والخيانة، والألم، والخدعة، وكذلك عبارات تفجَّرت ساقاه، انسكبت الأمعاء على يديه، يصرخ طوال الليل، ينزف حتى الموت من الشرج، وما إلى ذلك... المشكلة ليست مشكلة «لغة» بقدر ما هي مشكلة لباقة وتفاؤل... السبب الحقيقي [وراء سكوت الجنود] هو أن الجنود اكتشفوا أنه ما من أحد يهتم كثيرًا بالأخبار السيئة التي يتعين عليهم الإبلاغ عنها. فأي مستمع يريد أن يتمزق ويهتز عندما لا يكون مضطرًّا إلى ذلك؟ جعلنا تعبير يفوق الوصف يعني لا يمكن وصفه: إنه يعني في الحقيقة «شيء بغيض»(٣٦٣).

الحديث عن الأحداث الصادمة لا يؤسس بالضرورة مجتمعًا ـ بل العكس من ذلك في كثير من الأحيان. قد ترفض العائلات والمنظمات الأعضاء الذين يُظهرون «غسيلهم القذر»؛ يمكن للأصدقاء والعائلة أن يفقدوا الصبر مع الأشخاص الذين يتعثرون في حزنهم أو جرحهم. هذا هو أحد الأسباب التي تجعل ضحايا الصدمة ينسحبون في كثير من الأحيان ولماذا تصبح قصصهم سرديات روتينية، تُحرَّر في شكل أقل احتمالًا لإثارة الرفض.

يُعدُّ العثور على أماكن آمنة للتعبير عن آلام الصدمة تحديًا هائلًا، ولهذا السبب يمكن أن تكون مجموعات الناجين مثل «مدمنو الكحول المجهولون»، و«الأطفال البالغون لمدمني الكحول»، و«زمالة المدمنين المجهولين»، ومجموعات الدعم الأخرى شديدة الأهمية. إن العثور على مجتمع متجاوب تقول فيه الحقيقة يجعل التعافي ممكنًا. ولهذا السبب أيضًا يحتاج الناجون إلى معالجين محترفين مدرَّبين على الاستماع إلى التفاصيل المؤلمة في حياتهم. أتذكَّر المرة الأولى التي أخبرني فيها أحد قدامى المحاربين عن قتله طفلًا في فيتنام. انتابتني ذكرى مباغتة ولا إرادية واضحة عندما كنت في السابعة من عمري تقريبًا وأخبرني والدي أن طفلًا مجاورًا لنا تعرَّض للضرب حتى الموت على يد جنود نازيين أمام منزلنا لإظهاره عدم الاحترام. كان رد فعلي على اعتراف المحارب القديم صعب التحمُّل، واضطررت إلى إنهاء الجلسة. لهذا السبب يحتاج المعالجون إلى إجراء علاج مكثف خاص بهم، حتى يتمكنوا من الاعتناء بأنفسهم والبقاء متاحين عاطفيًا لمرضاهم، حتى عندما تُثير قصص مرضاهم مشاعر الاهتياج أو الاشمئزاز.

تظهر مشكلة مختلفة عندما يصبح ضحايا الصدمة أنفسهم عاجزين عن الكلام حرفيًا ـ عندما تغلق منطقة اللغة في الدماغ[٣٦٤]. رأيت هذا الإغلاق في قاعة المحكمة في العديد من قضايا الهجرة وأيضًا في قضية مرفوعة ضد مرتكب جريمة مذبحة جماعية في رواندا. عندما يُطلب من الضحايا

الإدلاء بشهاداتهم حول تجاربهم، غالبًا ما يغمرهم الذهول إلى درجة أنهم بالكاد يستطيعون التحدُّث أو يُختطفون في حالة من الذعر إلى درجة أنهم لا يستطيعون التعبير بوضوح عما حدث لهم. غالبًا ما تُرفض شهاداتهم بعدِّها فوضوية، ومرتبكة، ومشتتة للغاية بحيث لا يمكن أن تكون ذات مصداقية.

يحاول آخرون إعادة سرد تاريخهم بطريقة تمنعهم من الاستثارة. يمكن لهذا أن يجعلهم يظهرون كشهود مراوغين وغير موثوقين. رأيت عشرات القضايا القانونية التي رُفضت لأن طالبي اللجوء لم يتمكنوا من تقديم روايات متماسكة عن أسباب فرارهم. عرفت أيضًا عديدًا من قدامى المحاربين الذين أنكرت «إدارة قدامى المحاربين» ادعاءاتهم لأنهم لم يتمكَّنوا من معرفة ما حدث لهم بالضبط.

الارتباك والصمت من الأمور الروتينية في مكاتب العلاج: نتوقع تمامًا أن مرضانا سيشعرون بالارتباك إذا واصلنا الضغط عليهم للحصول على تفاصيل قصتهم. لهذا السبب تعلمنا أن «نموِّج» مقاربتنا للتعامل مع الصدمة، حتى أستخدم مصطلحًا صاغه صديقي بيتر ليفين. لا نتجنب مواجهة التفاصيل، لكننا نُعلِّم مرضانا كيفية غمس إصبع واحدة بأمان في الماء ثم إخراجها مرة أخرى، وبالتالي الاقتراب من الحقيقة تدريجيًّا.

نبدأ بإنشاء «جزر أمان» داخلية داخل الجسم[٣٦٥]. يعني هذا مساعدة المرضى على التعرف على أجزاء الجسم، أو الأوضاع، أو الحركات التي يمكنهم تثبيت أنفسهم على أساسها كلما شعروا بأنهم عالقون، أو خائفون، أو غاضبون. عادةً ما تقع هذه الأجزاء خارج متناول العصب المبهم، الذي يحمل رسائل الذعر إلى الصدر، والبطن، والحلق، ويمكن أن يكونوا بمنزلة حلفاء في دمج الصدمة. قد أسأل مريضة عما إذا كانت يداها على ما يرام، وإذا قالت نعم، فسوف أطلب منها تحريكهما، واستكشاف خفتهما، ودفئهما، ومرونتهما. لاحقًا، إذا رأيت صدرها يضيق وأنفاسها تقريبًا تختفي، يمكنني أن أوقفها وأطلب منها التركيز على يديها وتحريكهما، حتى تشعر

بأنها منفصلة عن الصدمة. أو قد أطلب منها أن تُركِّز على أنفاسها وأراقب كيف يمكنها تغييرها، أو أطلب منها أن ترفع ذراعيها لأعلى ولأسفل مع كل نفس ـ حركة «تشيجونج».

بالنسبة إلى بعض المرضى، يُعدُّ النقر على نقاط معينة في اليد بمنزلة مصدر ارتكاز جيد[٣٦٦]. أطلب من آخرين الشعور بثقل أجسامهم على الكرسي أو تثبيت أقدامهم على الأرض. قد أسأل مريضًا، ينهار في الصمت، أن يرى ما سيحدث عندما يجلس بشكل مستقيم. يكتشف بعض المرضى جزر الأمان الخاصة بهم ـ يبدأون في «إدراك» أنهم يستطيعون خلق أحاسيس في الجسم لموازنة الشعور بالخروج عن السيطرة. هذا يمهد الطريق لحل الصدمة: التموُّج بين حالات الاستكشاف والأمان، بين اللغة والجسم، بين تذكر الماضي والشعور بالحياة في الحاضر.

التعامل مع الواقع

ومع ذلك، التعامل مع الذكريات الصادمة هو مجرد بداية للعلاج. وجدت العديد من الدراسات أن الأشخاص الذين يعانون اضطراب كرب ما بعد الصدمة يعانون مشكلات عامة مع تركيز الانتباه وتعلم معلومات جديدة[٣٦٧]. أجرى ألكساندر ماكفارلين اختبارًا بسيطًا: طلب من مجموعة من الأشخاص تسمية أكبر عدد ممكن من الكلمات التي تبدأ بحرف الباء بقدر ما يمكنهم في دقيقة واحدة. بلغ متوسط عدد الكلمات العادية عند الأشخاص الطبيعيين خمس عشرة كلمة؛ أولئك الذين يعانون اضطراب كرب ما بعد الصدمة بلغ متوسط العدد عندهم ثلاثة أو أربعة. تردد الأشخاص العاديون عندما رأوا كلمات تهديد مثل «دم»، أو «جرح»، أو «اغتصاب»؛ كان رد فعل الأشخاص المصابين باضطراب كرب ما بعد الصدمة المشاركين في تجربة ماكفارلين مترددًا تمامًا مع كلمات عادية مثل «صوف»، و«آيس كريم»، و«دراجة»[٣٦٨].

بعد فترة من الوقت، لا يقضي معظم الأشخاص المصابين باضطراب

كرب ما بعد الصدمة وقتًا طويلًا أو مجهودًا كبيرًا في التعامل مع الماضي ـ مشكلتهم هي ببساطة تجاوز اليوم. حتى المرضى المصابون بصدمات والذين يقدمون مساهمات حقيقية في التدريس، أو الأعمال التجارية، أو الطب، أو الفنون والذين ينجحون في تربية أطفالهم ينفقون كثيرًا من الطاقة في مهام الحياة اليومية أكثر من البشر العاديين.

هناك مأزق آخر للغة وهو الوهم بأن تفكيرنا يمكن تصحيحه بسهولة إذا لم يكن «منطقيًّا». يركز الجزء «الإدراكي» من العلاج السلوكي الإدراكي على تغيير «التفكير المختل وظيفيًّا». هذه مقاربة تعتمد التغيير من أعلى إلى أسفل، حيث يتحدى المعالج أو «يعيد تأطير» الإدراكات السلبية، كما في «دعينا نقارن مشاعرك بأنك تتحملين اللوم على اغتصابك بالحقائق الفعلية للمسألة» أو «لنقارن رعبك من القيادة مع إحصاءات السلامة على الطرق اليوم».

أتذكر المرأة المذهولة التي أتت ذات مرة إلى عيادتنا لطلب مساعدتنا بشأن طفلها البالغ من العمر شهرين لأن الطفل «أناني جدًّا». هل كانت ستستفيد من نشرة وقائع عن نمو الطفل أو من شرح لمفهوم الإيثار؟ من غير المرجح أن تساعدها مثل هذه المعلومات حتى تتمكن من الوصول إلى الأجزاء المخيفة والمهجورة من نفسها ـ الأجزاء التي تعبر عن رعبها من التبعية.

ليس هناك شك في أن الأشخاص المصابين بصدمات لديهم أفكار غير عقلانية: «أستحق اللوم لأني مثيرة للغاية». «الرجال الآخرون لم يكونوا خائفين ـ فهم رجال حقيقيون». «ما كان يجب أن أسير في ذلك الشارع». من الأفضل التعامل مع هذه الأفكار على أنها ذكريات مباغتة ولا إرادية من طبيعة إدراكية ـ فأنت لا تتجادل معها أكثر مما قد تتجادل مع شخص لا يزال يعاني ذكريات مباغتة ولا إرادية مرئية لحادث مروِّع. إنها بقايا حوادث صادمة: أفكار كانوا يفكرون فيها عندما حدثت الصدمات ـ أو بعيد ذلك ـ

أعيد تنشيطها في ظل ظروف موتّرة. أفضل طريقة لمعالجتها هي «إزالة التحسس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين»، موضوع الفصل التالي.

أن تصبح جسمًا ما

السبب الذي يجعل الناس غارقين في سرد قصصهم، والسبب في مرورهم بذكريات مباغتة ولا إرادية إدراكية، هو أن أدمغتهم قد تغيرت. كما لاحظ فرويد وبروير، فإن الصدمة لا تعمل ببساطة كعامل محرِّر للأعراض. بدلًا من ذلك، «الصدمة النفسية ـ أو على وجه التحديد ذكرى الصدمة ـ تتصرف مثل الجسم الغريب الذي يجب أن يستمر عدُّه بعد فترة طويلة من دخوله فاعِلًا لا يزال يعمل»[٣٦٩]. مثل الشظية التي تسبب العدوى، فإن استجابة الجسم للشيء الغريب هي التي تصبح مشكلة أكثر من الشيء نفسه.

يدعم علم الأعصاب الحديث بقوة فكرة فرويد بأن العديد من أفكارنا الواعية هي تبريرات معقدة لفيضان الغرائز، وردود الفعل، والدوافع، والذكريات العميقة التي تنبع من اللاوعي. كما رأينا، تتداخل الصدمة مع الأداء السليم لمناطق الدماغ التي تدير وتفسر التجربة. إن الإحساس القوي بالذات ـ الذي يسمح للشخص بأن يقول بثقة «هذا ما أفكر فيه وأشعر به» و«هذا ما يحدث معي» ـ يعتمد على تفاعل صحي وديناميكي بين هذه المناطق.

تقريبًا كل دراسة تصوير دماغي لمرضى الصدمة تجد تنشيطًا غير طبيعي للفص الجزيري. هذا الجزء من الدماغ يدمج ويفسر المدخلات القادمة من الأعضاء الداخلية ـ بما في ذلك عضلاتنا، ومفاصلنا، ونظام التوازن (التحسُّس العميق) ـ لتوليد الإحساس بالتجسُّد. يمكن للفص الجزيري أن يرسل إشارات إلى اللوزة الدماغية التي تقدح استجابات القتال/ الهروب. هذا لا يتطلب أي مدخلات إدراكية أو أي إدراك واعٍ بأن شيئًا ما قد انحرف ـ فأنت تشعر فقط بأنك على حافة الهاوية وغير قادر على التركيز أو في أسوأ

الأحوال بأنك تعاني شعورًا بالهلاك الوشيك. تتولد هذه المشاعر القوية في أعماق الدماغ ولا يمكن أن يُقضى عليها بالعقل أو الفهم.

إن التعرُّض المستمر للاعتداء من قِبل أصل الأحاسيس الجسمانية، ولكن مع الانقطاع الواعي عنها، يُنتج «الألكيسيثيميا»: عدم القدرة على الإحساس بما يحدث معك وإيصاله. فقط من خلال الاتصال بجسمك، من خلال التواصل الحشوي مع نفسك، يمكنك استعادة الإحساس بمن أنت، وأولوياتك، وقيمك. تُشرك «الألكيسيثيميا»، والانفصال، والانغلاق بِنى الدماغ التي تُمكِّننا من التركيز ومعرفة ما نشعر به واتخاذ الإجراءات اللازمة لحماية أنفسنا. عندما تتعرض هذه البِنى الأساسية لصدمة لا مفر منها، فقد تكون النتيجة ارتباكًا وهياجًا، أو قد تكون انفصالًا عاطفيًّا، وغالبًا ما تكون مصحوبة بتجارب خارج الجسم ـ الشعور بأنك تراقب نفسك من بعيد. بعبارة أخرى، تجعل الصدمة الناس يشعرون وكأنهم أجسام أخرى، أو وكأنهم لا جسم. من أجل التغلب على الصدمة، تحتاج إلى المساعدة في استعادة الاتصال بجسمك، بنفسك.

ليس هناك شك في أن اللغة ضرورية: يعتمد إحساسنا بالذات على القدرة على تنظيم ذكرياتنا في كلٍّ متماسك[٣٧٠]. وهذا يتطلب اتصالات جيدة الأداء بين الدماغ الواعي والجهاز الذاتي للجسم ـ وهي روابط غالبًا ما تتضرر بسبب الصدمة. لا يمكن سرد القصة كاملة إلا بعد إصلاح تلك البِنى وبعد إجراء العمل الأساسي: بعد أن يتحوَّل اللاجسم إلى جسم ما.

الفصل الخامس عشر

تجاوز الماضي: «إزالة التحسس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين»



«هل كانت رؤية أم حلم يقظة؟
تهرب مُسرعة تلك الموسيقى - هل أستيقظ أم أنام؟».

- جون كيتس

ديفيد، وهو مقاول في منتصف العمر، جاء لرؤيتي لأن نوبات اهتياجه العنيفة جعلت من منزله جحيمًا. خلال جلستنا الأولى، أخبرني قصة عن شيء حدث له في الصيف الذي بلغ خلاله عامه الثالث والعشرين. كان يعمل حارس إنقاذ، وفي ظهيرة أحد الأيام، كانت مجموعة من الأطفال تتسكَّع بصخب في حمَّام السباحة وتشرب البيرة. أخبرهم ديفيد أن الكحول غير مسموح به. ردًّا على ذلك، هاجمه الصبيان، وفقأ أحدهم عينه اليسرى بزجاجة بيرة مكسورة. بعد ثلاثين عامًا، كان لا يزال يعاني كوابيس وذكريات مباغتة ولا إرادية حول الطعن.

كان قاسيًا في انتقاداته لابنه المراهق وغالبًا ما كان يصرخ في وجهه لأدنى مخالفة، ولم يكن بإمكانه ببساطة إظهار أي مودة تجاه زوجته. على مستوى

ما، شعر بأن الخسارة المأساوية لعينه أعطته الإذن بإساءة معاملة الآخرين، لكنه كره أيضًا الشخص الغاضب المنتقم الذي أصبح عليه. لاحظ أن جهوده للسيطرة على غضبه جعلته متوترًا بشكل مزمن، وتساءل عما إذا كان خوفه من فقدان السيطرة قد جعل الحب والصداقة مستحيلين.

خلال زيارته الثانية، قدمت إجراءً يسمَّى «إزالة التحسُّس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين». طلبت من ديفيد العودة إلى تفاصيل اعتدائه واستحضار صوره للهجوم، والأصوات التي سمعها، والأفكار التي دارت في ذهنه. قلت له:

ـ فقط دع تلك اللحظات تعود.

ثم طلبت منه أن يتبع إصبع السبابة الخاصة بي التي حركتها ببطء ذهابًا وإيابًا على بعد اثنتي عشرة بوصة من عينه اليمنى. في غضون ثوانٍ، ظهرت سلسلة من الاهتياج والرعب على السطح، مصحوبة بأحاسيس قوية من الألم، ودم يسيل على خده، وإدراك أنه لا يستطيع الرؤية. عندما أبلغني بهذه الأحاسيس، أصدرت صوتًا مشجِّعًا من حين إلى آخر، وواصلت تحريك إصبعي ذهابًا وإيابًا. كل بضع دقائق أتوقف وأطلب منه أن يأخذ نفسًا عميقًا. ثم طلبت منه الانتباه إلى ما يدور في ذهنه الآن، وهو شجار خاضه في المدرسة. طلبت منه أن يلاحظ ذلك وأن يبقى مع تلك الذكرى. ظهرت ذكريات أخرى، على ما يبدو بشكل عشوائي: البحث عن مهاجميه في كل مكان، والرغبة في إيذائهم، والدخول في شجار في حانة. في كل مرة أبلغني بذكرى أو إحساس جديد، كنت أحثُّه على ملاحظة ما يخطر بباله وأقوم باستئناف حركات الأصابع.

في نهاية تلك الزيارة بدا أكثر هدوءًا وارتياحًا بشكل واضح. أخبرني أن ذكرى الطعن فقدت حِدَّتها ـ أصبحت الآن شيئًا مزعجًا حدث قبل زمن طويل. قال بتمعن:

ـ كانت حقًّا شيئًا مقرفًا، وقد أبقتني غير متوازن لأعوام، لكني مندهش من الحياة الجيدة التي تمكنت في النهاية من تحقيقها لنفسي.

جلستنا الثالثة، في الأسبوع التالي، تناولت آثار الصدمة: كيف تعاطى المخدرات والكحول لأعوام للتغلب على غضبه. عندما كرَّرنا تسلسلات «إزالة التحسس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين»، نشأت المزيد من الذكريات. تذكر ديفيد حديثه مع حارس سجن كان يعرفه عن رغبته في قتل مهاجمه المسجون ثم تغيير رأيه بشأن ذلك. كان تذكُّر هذا القرار محرِّرًا للغاية: أصبح يرى نفسه وحشًا بالكاد كان مسيطرًا عليه، لكن إدراكه أنه قد ابتعد عن الانتقام أعاده إلى التواصل مع الجانب اليقظ عقليًّا والسخي من نفسه.

بعد ذلك، أدرك بشكل عفوي أنه كان يعامل ابنه بالطريقة التي شعر بها تجاه المهاجمين المراهقين. مع انتهاء جلستنا، سألني عما إذا كان بإمكاني مقابلته وعائلته حتى يتمكن من إخبار ابنه بما حدث ويطلب مسامحته. في جلستنا الخامسة والأخيرة، أفاد بأنه ينام بشكل أفضل، وقال إنه للمرة الأولى في حياته يشعر بالسلام الداخلي. بعد عام، اتصل للإبلاغ ليس فقط أنه وزوجته قد اقتربا وبدآ في ممارسة «اليوجا» معًا، ولكن أيضًا أنه ضحك أكثر، واستمتع حقًّا بالبستنة والنجارة.

تعلُّم «إزالة التحسس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين»

تُعدُّ تجربتي مع ديفيد واحدة من العديد من التجارب التي مررت بها على مدى العقدين الماضيين والتي ساعد فيها علاج «إزالة التحسس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين» في جعل عمليات إعادة خلق الصدمة المؤلمة شيئًا من الماضي. أتت مقدمتي لهذه الطريقة من خلال ماجي، وهي عالمة نفس شابة وشجاعة كانت تدير منزلًا لإعادة تأهيل الفتيات المعتدى عليهن جنسيًّا. دخلت ماجي في مواجهة تلو مواجهة، واشتبكت مع الجميع تقريبًا - باستثناء الفتيات اللواتي يبلغن من العمر ثلاثة عشر عامًا وأربعة عشر عامًا والتي كانت تعتني بهن. تعاطت المخدرات، وكان لديها

أصدقاء خطيرون وعنيفون في كثير من الأحيان، وكانت لها مشاحنات متكررة مع رؤسائها، وانتقلت من مكان إلى آخر لأنها لم تستطِع تحمُّل زملائها في السكن (ولا هم استطاعوا تحمُّلها). لم أفهم قَطُّ كيف حشدت ما يكفي من الاستقرار والتركيز للحصول على درجة الدكتوراه في علم النفس من مدرسة دراسات عليا مرموقة.

أُحيلت ماجي إلى مجموعة علاج كنت أديرها من أجل النساء اللواتي يعانين مشكلات مماثلة. خلال لقائها الثاني، أخبرتنا أن والدها اغتصبها مرتين، مرة عندما كانت في الخامسة ومرة عندما كانت في السابعة. كانت مقتنعة أن الخطأ خطؤها. أوضحت أنها أحبت والدها، وأنها لا بد كانت مغرية للغاية إلى درجة أنه لم يستطِع السيطرة على نفسه. عند الاستماع إليها فكرت «قد لا تلوم والدها، لكنها بالتأكيد تلوم كل شخص آخر» ـ بما في ذلك معالجوها السابقون لعدم مساعدتها على التحسُّن. مثل العديد من الناجيات من الصدمة، روت قصة بالكلمات وأخرى بالأفعال، حيث استمرت في تكرار جوانب مختلفة من الصدمة التي تعرَّضت لها.

ثم ذات يوم جاءت ماجي إلى المجموعة متلهِّفة لمناقشة تجربة رائعة مرَّت بها في العطلة الأسبوعية السابقة في تدريب على علاج «إزالة التحسس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين» للمحترفين. في ذلك الوقت، سمعت فقط أن هذا العلاج عبارة عن موضة جديدة يهز فيها المعالجون أصابعهم أمام أعين المرضى. بالنسبة إليَّ وإلى زملائي الأكاديميين، بدا الأمر وكأنه جنون آخر ابتُلي به الطب النفسي، وكنت مقتنعًا أن هذا قد يكون من مغامرات ماجي التعسة.

أخبرتنا ماجي أنها خلال جلسة العلاج الخاصة بها تذكرت بوضوح اغتصاب والدها لها عندما كانت في السابعة ـ تذكرته من داخل جسمها وهي طفلة. شعرت جسديًّا بمدى صغر حجمها؛ أمكنها أن تشعر بجسم والدها الضخم فوقها وأمكنها أن تشم رائحة الكحول في أنفاسه. ومع

ذلك، أخبرتنا أنه حتى عندما أعادت عيش الحادث، استطاعت ملاحظته من وجهة نظر نفسها البالغة من العمر تسعة وعشرين عامًا. انفجرت باكية:
ـ كنت فتاة صغيرة. كيف يمكن لرجل ضخم أن يفعل هذا بفتاة صغيرة؟
بكت قليلًا ثم قالت:
ـ انتهى الأمر الآن. الآن أعرف ما حدث. لم يكن خطئي. كنت طفلة صغيرة ولم يكن بوسعي فعل أي شيء لمنعه من التحرش بي.

اندهشت. كنت أبحث لفترة طويلة عن طريقة لمساعدة الناس على إعادة النظر في ماضيهم المؤلم من دون أن يُصدموا مرة أخرى. بدا أن ماجي مرت بتجربة واقعية بقدر الذكرى المباغتة واللاإرادية، ومع ذلك لم تُخطف من قِبلها. هل يستطيع علاج «إزالة التحسس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين» أن يجعل الوصول إلى آثار الصدمة آمنًا؟ هل يمكن أن يحول هذه الآثار بعد ذلك إلى ذكريات لأحداث وقعت في الماضي البعيد؟

حصلت ماجي على عدد قليل من جلسات هذا العلاج وظلت في مجموعتنا لفترة كافية لنرى كيف تغيرت. كانت أقل غضبًا، لكنها حافظت على روح الدعابة التهكمية التي استمتعتُ بها كثيرًا. بعد بضعة أشهر، انخرطت مع رجل من نوع مختلف تمامًا عن الرجال الذين اعتادت الانجذاب إليهم. غادرت المجموعة، معلنة أنها نجحت في حل صدمتها، وقررتُ أن الوقت قد حان بالنسبة إليّ للحصول على تدريب في ذلك العلاج.

«إزالة التحسس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين»، التعرُّضات الأولى

مثل العديد من التطورات العلمية، نشأ علاج «إزالة التحسس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين» من خلال ملاحظة بالمصادفة. ذات يوم من أيام عام ١٩٨٧، كانت عالمة النفس فرانسين شابيرو تمشي في حديقة، منشغلة ببعض الذكريات المؤلمة، عندما لاحظت أن حركات العين السريعة تمنحها

راحة كبيرة من ضيقها. كيف يمكن أن تنمو طريقة علاج رئيسية من مثل هذه التجربة القصيرة؟ كيف يُعقل أن مثل هذه العملية البسيطة لم تُلاحظ من قبل؟ في البداية، كانت متشككة بشأن ملاحظتها، وأخضعت طريقتها لأعوام من التجريب والبحث، وأسستها تدريجيًّا في إجراء قياسي يمكن تدريسه واختباره في دراسات تتضمن مجموعات طبيعية إلى جانب تلك المريضة(٣٧١).

تلقيت أول تدريب لي على هذا العلاج وأنا بحاجة إلى معالجة صدمة خاصة بي. قبل أسابيع قليلة، أغلق القس اليسوعي، الذي كان رئيسًا لقسمي في «مستشفى ماساتشوستس العام»، «عيادة الصدمة» فجأة، ما تركنا نكافح من أجل موقع جديد وتمويل جديد لعلاج مرضانا، وتدريب طلابنا، وإجراء أبحاثنا. في الوقت نفسه تقريبًا، صديقي فرانك بوتنام، الذي كان يُجري الدراسة طويلة الأمد حول الفتيات المعتدى عليهن جنسيًّا والتي ناقشتها في الفصل العاشر، فُصِل من «المعاهد الوطنية للصحة»، وريك كلوفت، الخبير الأول في البلاد في الانفصال، خسر وحدته في «معهد مستشفى بنسلفانيا». ربما كان الأمر كله مصادفة، لكن شعرت كما لو أن عالمي بأسره يتعرَّض للهجوم.

بدا استيائي من إغلاق «عيادة الصدمة» بمنزلة اختبار جيد لخوضي تجربة في هذا العلاج الجديد. بينما كنت أتابع أصابع شريكي بعيني، تبادرت إلى ذهني سلسلة سريعة من مشاهد غامضة من الطفولة: محادثات مكثفة على مائدة العشاء مع العائلة، ومواجهات مع زملائي في المدرسة في أثناء الفسحة، ورمي الحصى على نافذة كوخ مع أخي الأكبر ـ كلها من نوع الصور الحية، والطافية، والشبيهة بتلك التي نراها قُبيل الاستيقاظ مباشرة عندما ننام في وقت متأخر من صباح يوم الأحد، ثم ننساها في اللحظة التي نستيقظ فيها تمامًا.

بعد نحو نصف ساعة، قمت أنا وزميلي المتدرب بالعودة إلى المشهد

الذي أخبرني فيه رئيسي أنه سيغلق العيادة. الآن شعرت بالاستسلام: «حسنًا، حدث ذلك، والآن حان وقت المضي قدمًا». لم أنظر إلى الوراء قَطُّ؛ أعادت العيادة تشكيل نفسها في وقت لاحق وازدهرت منذ ذلك الحين. هل كان علاج «إزالة التحسس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين» السبب الوحيد الذي جعلني قادرًا على التخلص من غضبي وضيقتي؟ بالطبع، لن أعرف على وجه اليقين، لكن رحلتي العقلية ـ من خلال مشاهد الطفولة غير ذات الصلة إلى التخلص من أثر الواقعة ـ كانت مختلفة عن أي شيء جربته في العلاج بالكلام.

ما حدث بعد ذلك، عندما جاء دوري لتولي هذا النوع من العلاج، كان أكثر إثارة للاهتمام. انتقلنا إلى مجموعة مختلفة، وأخبرني زميلي الجديد في الدراسة، الذي لم أقابله من قبل، أنه يريد معالجة بعض حوادث الطفولة المؤلمة التي تخص والده، لكنه لم يرغب في مناقشتها. لم يسبق لي أن عملت قَطُّ على معالجة صدمة أي شخص من دون معرفة «القصة»، وقد شعرت بالانزعاج والارتباك بسبب رفضه مشاركة أي تفاصيل. بينما كنت أحرك أصابعي أمام عينيه، بدا حزينًا بشدة ـ بدأ يبكي، وأصبح تنفُّسه سريعًا وضئيلًا. لكن في كل مرة سألته فيها الأسئلة التي طالب بها البروتوكول، رفض إخباري بما خطر بباله.

في نهاية جلستنا، التي دامت لخمس وأربعين دقيقة، كان أول ما قاله زميلي هو أنه وجد التعامل معي مزعجًا إلى درجة أنه لن يحيل إليَّ أي مريض أبدًا. وفيما عدا ذلك، كما لاحظ، فإن الجلسة قد حلت مسألة إساءة المعاملة على يد والده. بينما كنت متشككًا واشتبهت في أن فظاظته تجاهي هي نتيجة لمشاعر لم تُحل تجاه والده، لم يكن هناك شك في أنه بدا أكثر استرخاءً.

التفت إلى مدربي، جيرالد بوك، وأخبرته كم كنت متحيرًا. من الواضح أن هذا الرجل لم يحبني، وبدا حزينًا للغاية خلال الجلسة، لكنه الآن يخبرني

أن بؤسه طويل الأمد انتهى. كيف لي أن أعرف ما الذي حله وما الذي لم يحله إذا كان غير راغب في إخباري بما حدث خلال الجلسة؟

ابتسم جيري وسألني عما إذا كنت أصبحت متخصصًا في الصحة العقلية بالمصادفة من أجل حل بعض مشكلاتي الشخصية. أكدت أن معظم الناس الذين عرفوني اعتقدوا أن هذه هي الحال. ثم سألني عما إذا كنت أجد الأمر مفيدًا عندما يخبرني الناس قصص الصدمة الخاصة بهم. ومجددًا، كان عليَّ أن أتفق معه. ثم قال:

ـ أتعلم، بيسيل، ربما تحتاج إلى تعلم كيفية تعليق ميولك التلصصية. إذا كان من المهم بالنسبة إليك أن تسمع قصص الصدمة، فلماذا لا تذهب إلى حانة، وتضع بضعة دولارات على الطاولة، وتقول للجالس بجانبك: «سأشتري لك مشروبًا إذا أخبرتني بقصة صدمتك». لكنك تحتاج حقًّا إلى معرفة الفارق بين رغبتك في سماع القصص وعملية الشفاء الداخلية لمريضك.

أخذت تحذير جيري على محمل الجد، ومنذ ذلك الحين استمتعت بتكرار ذلك على طلابي.

تركت تدريبي على هذا العلاج منشغلًا بثلاث قضايا تثير إعجابي حتى يومنا هذا:

- يعمل العلاج على إرخاء شيء ما في العقل/ الدماغ يمنح الأشخاص وصولًا سريعًا إلى ذكريات وصور مرتبطة بشكل غير وثيق من ماضيهم. يبدو أن هذا يساعدهم على وضع التجربة الصادمة في سياق أو منظور أكبر.
- قد يكون الناس قادرين على الشفاء من الصدمة من دون الحديث عنها. ويمكِّنهم هذا العلاج من مراقبة تجاربهم بطريقة جديدة، من دون الأخذ والعطاء اللفظي مع شخص آخر.

• يمكن أن يساعد هذا العلاج حتى إذا لم تكن هناك علاقة ثقة بين المريض والمعالِج. كان هذا مثيرًا للاهتمام بشكل خاص لأن الصدمة، لأسباب مفهومة، نادرًا ما تترك الناس بقلب مفتوح وواثق.

في الأعوام التي تلت ذلك، أجريت العلاج على مرضى يتحدثون السواحيلية، والماندرين، والبريتونية، وكل اللغات التي يمكنني أن أقول بها فقط «لاحظ ذلك»، التوجيه الرئيسي لهذا العلاج. (كان لديَّ دائمًا مترجم متاح، ولكن في المقام الأول لشرح الخطوات العملية). بالنظر إلى أن هذا العلاج لا يتطلب من المرضى التحدث عما لا يطاق أو يشرحون للمعالج سبب شعورهم بالضيق الشديد، فإنه يسمح لهم بالتركيز بشكل كامل على تجربتهم الداخلية، مع نتائج غير عادية في بعض الأحيان.

دراسة «إزالة التحسس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين»

أُنقذت «عيادة الصدمة» من قِبل مدير في «قسم ماساتشوستس للصحة العقلية» تابع عملنا مع الأطفال وطلب منَّا الآن تولي مهمة تنظيم فريق الاستجابة للصدمة المجتمعية في منطقة بوسطن. كان ذلك كافيًا لتغطية عملياتنا الأساسية ووفَّر الباقي فريق عمل نشيطًا أحب ما كنا نفعله ـ بما في ذلك القوة المكتشفة حديثًا لـ«إزالة التحسس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين» لعلاج بعض المرضى الذين لم نتمكن من مساعدتهم من قبل.

بدأت أنا وزملائي نعرض لبعضنا بعضًا شرائط فيديو لجلسات اعتمدت هذا العلاج مع مرضى اضطراب كرب ما بعد الصدمة، ما مكننا من ملاحظة تحسينات مثيرة أسبوعًا بعد أسبوع. ثم بدأنا في قياس تقدمهم رسميًا على مقياس تصنيف اضطراب كرب ما بعد الصدمة القياسي. رتبنا أيضًا مع إليزابيث ماثيو، وهي اختصاصية تصوير أعصاب شابة في «مستشفى نيو إنجلاند ديكونيس»، لإجراء مسح ضوئي لأدمغة اثني عشر مريضًا قبل العلاج

وبعده. بعد ثلاث جلسات فقط من علاج «إزالة التحسس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين»، أظهر ثمانية من الاثني عشر انخفاضًا ملحوظًا في درجات اضطراب كرب ما بعد الصدمة. في عمليات المسح التي أجروها، استطعنا أن نرى زيادة حادة في تنشيط الفص الجبهي بعد العلاج، بالإضافة إلى المزيد من النشاط في العقد الحزامية الأمامية والعقد القاعدية. يمكن أن يفسر هذا التحول الاختلاف في كيفية اختبارهم لصدمتهم الآن.

قال رجل:

- أتذكرها كما لو كانت ذكرى حقيقية، لكن أبعد. عادةً، كنت أغرق فيها، لكن هذه المرة كنت أطفو على القمة. انتابني شعور بأني في موقع السيطرة.

قالت لنا امرأة:

- من قبل، شعرت بكل خطوة بها. إنها الآن في شكل مُجمَل، وليست شظايا، ولذا فهي أكثر قابلية للإدارة.

فقدت الصدمة طبيعتها الفورية وأصبحت قصة عن شيء حدث قبل زمن طويل.

حصلنا لاحقًا على تمويل من «المعهد الوطني للصحة العقلية» لمقارنة تأثيرات العلاج مع جرعات قياسية من «بروزاك» أو دواء وهمي[٣٧٢]. من بين الأشخاص الثمانية والثمانين المشاركين، حصل ثلاثون على علاج «إزالة التحسس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين»، وثمانية وعشرون على «بروزاك»، والباقي على حبوب السكر. كما يحدث غالبًا، كان أداء الأشخاص الذين تناولوا الدواء الوهمي جيدًا. بعد ثمانية أسابيع، كان تحسنهم بنسبة ٤٢ في المائة أكبر من التحسن في العديد من العلاجات الأخرى التي يُروَّج لها على أنها «قائمة على الأدلة».

حققت المجموعة التي تعاطت «بروزاك» أداءً أفضل قليلًا من مجموعة الدواء الوهمي، لكن بالكاد كانت كذلك. هذه هي الحال في معظم الدراسات

التي أجريت على أدوية لاضطراب كرب ما بعد الصدمة: مجرد الظهور يؤدي إلى تحسن بنسبة ٣٠ إلى ٤٢ في المائة؛ عندما تعمل الأدوية، فإنها تضيف ٥ إلى ١٥ في المائة. ومع ذلك، كان أداء المرضى الذين خضعوا لعلاج «إزالة التحسس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين» أفضل بكثير من أولئك الذين تناولوا «بروزاك» أو الدواء الوهمي: بعد ثماني جلسات من العلاج، شُفي واحد من كل أربعة تمامًا (انخفضت درجات اضطراب كرب ما بعد الصدمة لديهم إلى مستويات لا تُذكَر)، مقارنة بواحد من كل عشرة من المجموعة التي تعاطت «بروزاك». لكن الاختلاف الحقيقي حدث مع مرور الوقت: عندما أجرينا مقابلة مع المشاركين بعد ثمانية أشهر، سجل ٦٠ في المائة ممن تلقوا علاج «إزالة التحسس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين» أنهم شُفُوا تمامًا. كما قال الطبيب النفسي العظيم ميلتون إريكسون، بمجرد ركل الجذع، يبدأ النهر في التدفق. بمجرد أن بدأ الناس في دمج ذكرياتهم الصادمة، استمروا تلقائيًا في التحسن. في المقابل، انتكس جميع الذين تناولوا «بروزاك» عندما توقفوا عن تناول الدواء.

كانت هذه الدراسة مهمة، لأنها أثبتت أن علاجًا مركَّزًا وخاصًا بالصدمة لاضطراب كرب ما بعد الصدمة مثل علاج «إزالة التحسس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين» يمكن أن يكون أكثر فعالية من الأدوية. أكدت دراسات أخرى أنه إذا تناول المرضى «بروزاك» أو الأدوية ذات الصلة مثل «سيليكسا»، و«باكسيل»، و«زولوفت»، فإن أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة غالبًا ما تتحسن، ولكن فقط إذا استمروا في تناول الأدوية. وهذا يجعل العلاج القائم على تعاطي الأدوية أكثر تكلفة على المدى الطويل. (من المثير للاهتمام، على الرغم من مكانة «بروزاك» بوصفه مضادًّا رئيسيًّا للاكتئاب، في دراستنا أنتج علاج «إزالة التحسس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين» أيضًا انخفاضًا أكبر في درجات الاكتئاب مقارنةً بتناول مضادات الاكتئاب).

نتيجة رئيسية أخرى لدراستنا: استجاب البالغون الذين لديهم تاريخ من صدمات الطفولة بشكل مختلف تمامًا لعلاج «إزالة التحسس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين» عن أولئك الذين تعرَّضوا لصدمات وهم في سن البلوغ. في نهاية الأسابيع الثمانية، سجَّل ما يقرب من نصف مجموعة البالغين التي تلقت علاج «إزالة التحسس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين» أنهم تعافوا تمامًا، بينما أظهر ٩ في المائة فقط من مجموعة الأشخاص الذين تعرَّضوا لإساءة المعاملة في الطفولة مثل هذا التحسن الواضح. بعد ثمانية أشهر، كان معدل الشفاء ٧٣ في المائة لمجموعة البالغين، مقارنةً بـ٢٥ في المائة لأولئك الذين لديهم تاريخ من إساءة المعاملة في الطفولة. كان لدى مجموعة الأشخاص الذين تعرضوا لإساءة المعاملة في الطفولة استجابات صغيرة ولكنها إيجابية باستمرار تجاه «بروزاك».

تُعزِّز هذه النتائج الاكتشافات التي كتبت عنها في الفصل التاسع: يتسبب سوء المعاملة المزمن في الطفولة في تكيفات عقلية وبيولوجية مختلفة تمامًا عن الأحداث الصادمة المنفصلة في مرحلة البلوغ. يُعدُّ «إزالة التحسس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين» علاجًا قويًّا للذكريات الصادمة العالقة، ولكنه لا يحل بالضرورة آثار الخيانة والهجر التي تصاحب الاعتداء الجسدي أو الجنسي في مرحلة الطفولة. نادرًا ما تكون ثمانية أسابيع من العلاج من أي نوع كافية لحل تركة صدمة طويلة الأمد.

اعتبارًا من عام ٢٠١٤، كان لدراستنا حول علاج «إزالة التحسس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين» النتيجة الأكثر إيجابية لأي دراسة منشورة عن الأشخاص الذين طوَّروا اضطراب كرب ما بعد الصدمة كرد فعل لحدث صادم في مرحلة البلوغ. لكن على الرغم من هذه النتائج، وتلك التي توصلت إليها عشرات الدراسات الأخرى، فإن العديد من زملائي ما زالوا متشككين بشأن هذا العلاج ـ ربما لأنه يبدو جيدًا جدًّا إلى درجة يصعب تصديقها، وبسيطًا جدًّا إلى درجة لا يمكن معها أن يكون قويًّا جدًّا. بالتأكيد، أستطيع

أن أفهم هذا النوع من الشك ـ فهذا العلاج إجراء غير عادي. على نحو مثير للاهتمام، في أول دراسة علمية قوية باستخدام هذا العلاج مع قدامى المحاربين المصابين باضطراب كرب ما بعد الصدمة، كان من المتوقع أن يكون الأداء ضعيفًا إلى درجة أنه ضُمِّن بعدِّه الوضع الطبيعي مقارنةً مع علاج الاسترخاء بمساعدة الارتجاع البيولوجي. ولدهشة الباحثين، تبين أن ١٢ جلسة من «إزالة التحسس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين» هي العلاج الأكثر فعالية[٣٧٣]. ومنذ ذلك الحين أصبح أحد علاجات اضطراب كرب ما بعد الصدمة التي أقرتها وزارة شؤون قدامى المحاربين.

هل «إزالة التحسس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين» شكل من أشكال العلاج بالتعرُّض؟

افترض بعض علماء النفس أن هذا العلاج في الواقع يزيل حساسية الأشخاص تجاه المادة الصادمة، وبالتالي فهو مرتبط بعلاج التعرُّض. قد يكون الوصف الأكثر دقة أنه يدمج المادة الصادمة. كما أظهر بحثنا، بعد العلاج فكر الناس في الصدمة بوصفها حدثًا متماسكًا في الماضي، بدلًا من تجربة أحاسيس وصور منفصلة عن أي سياق.

الذكريات تتطور وتتغير. مباشرة بعد التعبير عن ذكرى، تخضع لعملية طويلة من الاندماج وإعادة التفسير ـ وهي عملية تحدث تلقائيًا في العقل/الدماغ من دون أي مدخلات من الذات الواعية. عند اكتمال العملية، تُدمج التجربة مع أحداث الحياة الأخرى وتتوقف عن امتلاك حياة خاصة بها. كما رأينا، في اضطراب كرب ما بعد الصدمة تفشل هذه العملية وتبقى الذكرى عالقة ـ غير مهضومة ونيئة.

لسوء الحظ، يتعلَّم عدد قليل من علماء النفس في أثناء تدريبهم كيفية عمل نظام معالجة الذكريات في الدماغ. يمكن أن يؤدي هذا الإغفال إلى مقاربات مضللة في العلاج. على النقيض من أشكال الرهاب (مثل رهاب

العنكبوت، الذي يقوم على خوف غير عقلاني محدد)، فإن كرب ما بعد الصدمة هو نتيجة لإعادة تنظيم أساسية للجهاز العصبي المركزي على أساس التعرُّض لتهديد فعلي بالإبادة، (أو رؤية شخص آخر يُباد)، والذي يعيد تنظيم تجربة الذات (على أنها عاجزة) وتفسير الواقع (العالم كله مكان خطير).

في أثناء التعرُّض، يصبح المرضى في البداية منزعجين للغاية. عندما يعيدون النظر في التجربة الصادمة، يُظهرون زيادات حادة في معدل ضربات القلب، وضغط الدم، وهرمونات التوتر. لكن إذا تمكنوا من الاستمرار في العلاج واستمروا في إعادة عيش صدمتهم، فإنهم يصبحون ببطءٍ أقل تفاعلًا وأقل عرضة للتفكك عندما يتذكرون الحدث. نتيجة لذلك، يحصلون على درجات أقل في تصنيفات اضطراب كرب ما بعد الصدمة. ومع ذلك، وبقدر ما نعلم، فإن مجرد تعريض شخص ما لصدمة قديمة لا يُدمِج الذكرى في السياق العام لحياته، ونادرًا ما يعيده إلى مستوى المشاركة السعيدة مع الناس والمساعي التي كانت لديه قبل الصدمة.

على النقيض من ذلك، فإن علاج «إزالة التحسس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين»، بالإضافة إلى العلاجات التي أناقشها في الفصول اللاحقة ـ «أنظمة الأسرة الداخلية»، و«اليوجا»، والارتجاع العصبي، والعلاج الحركي النفسي، والمسرح ـ لا تُركز فقط على تنظيم الذكريات الشديدة التي تنشطها الصدمة ولكن أيضًا على استعادة شعور بالفعالية، والانخراط، والالتزام من خلال ملكية الجسم والعقل.

معالجة الصدمة باستخدام «إزالة التحسس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين»

كانت كاثي طالبة في الحادية والعشرين من عمرها في إحدى الجامعات المحلية. عندما قابلتها لأول مرة، بدت مرعوبة. كانت تخضع للعلاج النفسي لمدة ثلاثة أعوام مع معالج وثقت به وشعرت بأنه يفهمها، ولكنها لم تُحرز أي

تقدم معه. بعد محاولتها الثالثة للانتحار، أحالتها الخدمة الصحية الجامعية إليَّ، على أمل أن الأسلوب الجديد الذي أخبرتهم به يمكن أن يساعدها.

مثل العديد من مرضاي الآخرين المصابين بصدمات، تمكنت كاثي من الانغماس تمامًا في دراساتها: عندما قرأت كتابًا أو كتبت ورقة بحثية، كان بإمكانها حجب كل شيء آخر عن حياتها. مكَّنها هذا من أن تكون طالبة كفؤة، حتى عندما لم تكن لديها فكرة عن كيفية إقامة علاقة محبَّة مع نفسها، ناهيك بشريكها الحميمي.

أخبرتني كاثي أن والدها استخدمها لأعوام عديدة في بغاء الأطفال، وهو ما كان ليجعلني عادةً أفكر في استخدام «إزالة التحسس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين» فقط كعلاج مساعد. ومع ذلك، فقد تبيَّن أنها موهوبة في هذا العلاج وتعافت تمامًا بعد ثماني جلسات، وهو أقصر وقت حتى الآن في تجربتي لشخص لديه تاريخ من الإساءة الشديدة في مرحلة الطفولة. عقدت تلك الجلسات منذ خمسة عشر عامًا، والتقيت بها مؤخرًا لمناقشة إيجابيات وسلبيات تبنيها لطفل ثالث. كانت جَذِلة: ذكية، ومرحة، ومتفاعلة بسعادة مع أسرتها وعملها أستاذة مساعدة في نمو الطفل.

أود مشاركة ملاحظاتي حول جلسة كاثي الرابعة خلال العلاج، ليس فقط لإظهار ما يحدث عادةً في مثل هذه الجلسة ولكن أيضًا للكشف عن العقل البشري في أثناء العمل فيما يدمج تجربة صادمة. لا يمكن لأي فحص دماغ، أو اختبار دم، أو مقياس تقييم، قياس ذلك، وحتى تسجيل الفيديو يمكن أن ينقل فقط ظلًّا لكيفية قيام هذا العلاج بإطلاق العنان للقوى التخيلية للعقل.

جلست كاثي على كرسيها بزاوية ٤٥ درجة تجاهي، بحيث كنا على بعد أربعة أقدام تقريبًا. طلبت منها استحضار ذكرى صادمة بشكل خاص وشجَّعتها على تذكر ما سمعته، ورأته، وفكرت فيه، وشعرت به في جسمها في أثناء حدوث ذلك. (لا تُظهِر سجلاتي ما إذا كانت قد أخبرتني بماهية الذكرى المحددة؛ لا أعتقد أنها فعلت، لأني لم أكتب ذلك).

سألتها عما إذا كانت الآن «في الذكرى»، وعندما قالت نعم، سألتها عن مدى شعورها بحقيقتها على مقياس من واحد إلى عشرة. قالت قرابة تسعة. ثم طلبت منها أن تتبع إصبعي المتحركة بعينيها. من وقت إلى آخر، بعد إكمال مجموعة من نحو ٢٥ حركة للعين، قد أقول:

ـ خذي نفَسًا عميقًا.

وأتابع:

ـ ماذا تستحضرين الآن؟ ما الذي يتبادر إلى ذهنك الآن؟

أخبرتني كاثي بعد ذلك بما كانت تفكر فيه. كلما أشارت نبرة صوتها، أو تعابير وجهها، أو حركات جسمها، أو أنماط تنفُّسها إلى أن هذا موضوع مهم عاطفيًا، أقول:

ـ لاحظي ذلك.

وأبدأ بمجموعة أخرى من حركات العين، والتي لم تتحدث خلالها. عدا نطق هذه الكلمات القليلة، بقيت صامتًا لمدة خمس وأربعين دقيقة تالية.

هذا هو التداعي الذي أوردته كاثي بعد التسلسل الأول لحركة العين:

ـ أدرك أن لديَّ ندوبًا ـ منذ أن ربط يدي خلف ظهري. الندبة الأخرى كانت عندما وضع علامة عليَّ ليدَّعي أني ملكه، وهناك [تشير] علامات عض.

بدت مذهولة لكنها كانت هادئة بشكل مدهش وهي تتذكر:

ـ أتذكر أني غُمِّست بالبنزين ـ وقد التقطَ صور «بولارويد» لي ـ ثم غُمرت في الماء. تعرَّضت للاغتصاب الجماعي على يد والدي واثنين من أصدقائه؛ رُبِطتُ بطاولة. أتذكرهم وهم يغتصبونني بزجاجات بيرة «بدويايزر».

كانت معدتي تنقبض، لكني لم أعلِّق بخلاف مطالبة كاثي بوضع تلك الذكريات في الحسبان. بعد نحو ثلاثين حركة ذهابًا وإيابًا، توقفت عندما رأيت أنها تبتسم. عندما سألتها عما كانت تفكر فيه، قالت:

ـ كنت في صف «الكاراتيه»؛ كان عظيمًا! حقًا كنت جسورة! رأيتهم يتراجعون. وصرخت: «ألا ترى أنك تؤذيني؟ أنا لست صديقتك».
قلت:
ـ ابقَي هناك.
وبدأتُ التسلسل التالي. وعندما انتهى، قالت كاثي:
ـ لديَّ صورة لشخصين، هذه الفتاة الصغيرة الذكية والجميلة... وتلك الفاسقة الصغيرة. كل هؤلاء النساء اللائي لم يستطعن الاعتناء بأنفسهن، أو بي، أو برجالهن ـ تاركات الأمر لي لخدمة كل هؤلاء الرجال.
بدأت تبكي خلال التسلسل التالي، وعندما توقفنا، قالت:
ـ رأيت كم كنت صغيرة. معاملة الفتاة الصغيرة بوحشية. لم تكن غلطتي.
أومأت برأسي وقلت:
ـ هذا صحيح، ابقَي هناك.
انتهت الجولة التالية بقول كاثي:
ـ أتخيل حياتي الآن. أنا الكبيرة تحمل الصغيرة، وتقول لها «أنتِ بأمان الآن».
استمرت الصور في الظهور:
ـ في ذهني صورة لجرافة تهدم المنزل الذي نشأت فيه. انتهى الأمر!
ثم بدأت كاثي مسارًا مختلفًا.
ـ أفكر في مدى إعجابي بجيفري [فتى كان في أحد فصولها]. وكيف اعتقدت أنه قد لا يرغب في التسكع معي. أفكر في أني لا أستطيع التعامل مع الوضع. لم أكن صديقة لشخص ما من قبل ولا أعرف كيف.
سألتها عما تعتقد أنها بحاجة إلى معرفته وبدأت التسلسل التالي:
ـ الآن، هناك شخص يريد فقط أن يكون معي ـ الأمر بسيط للغاية. لا أعرف كيف أكون على طبيعتي مع الرجال. أنا مرعوبة.
بينما كانت تتبع إصبعي، بدأت كاثي بالبكاء. عندما توقفت، قالت لي:

ـ جاءت في ذهني صورة جيفري وأنا جالسين في المقهى. ووالدي واقف عند الباب. يبدأ بالصراخ بأعلى صوته ويمسك بفأس؛ يقول: «أخبرتك أنك تنتمين إليَّ». يضعني على سطح طاولة ـ ثم يغتصبني، ثم يغتصب جيفري.

كانت تبكي بشدة الآن.

ـ كيف يمكنك الانفتاح على شخص ما عندما تكون لديك رؤى لوالدك يغتصبك ثم يغتصب كليكما.

كنت أرغب في مواساتها، لكني كنت أعلم أنه من المهم الحفاظ على استمرار تداعيها. طلبت منها التركيز على ما شعرت به في جسمها:

ـ أشعر بالأمر في ساعدي، وكتفي، الجانب الأيمن من صدري. فقط أريد أن أُحتضن.

واصلنا العلاج وعندما توقفنا، بدت كاثي مرتاحة.

ـ أسمع جيفري يقول إن الوضع على ما يرام، وإنه أُرسِل هنا للاعتناء بي. وإن الأمر لم يكن بسبب أي شيء فعلته، وإنه يريد فقط أن يكون معي من أجلي.

سألتها مرة أخرى عما تشعر به في جسمها.

ـ أشعر حقًّا بالسلام. مهتزَّة قليلًا ـ مثلما يحدث عند استخدام عضلات جديدة. بعض الراحة. جيفري يعرف كل هذا بالفعل. أشعر وكأني على قيد الحياة وأن كل شيء انتهى. لكني أخشى أن تكون لأبي فتاة صغيرة أخرى، وهذا يجعلني حزينة جدًّا. أريد أن أنقذها.

لكن مع استمرارنا، عادت الصدمة مع أفكار وصور أخرى:

ـ أنا بحاجة إلى التقيؤ... أشمُّ عديدًا من الروائح ـ عطر سيئ، وكحول، وقيء.

بعد بضع دقائق، أخذت كاثي تبكي بغزارة:

ـ أشعر حقًّا بأمي هنا الآن. يبدو أنها تريد مني أن أسامحها. لديَّ إحساس

أن الشيء نفسه حدث لها ـ تعتذر إليَّ مرارًا وتكرارًا. تخبرني أن هذا حدث لها ـ وأنه كان جدي. تخبرني أيضًا أن جدتي آسفة حقًّا لعدم وجودها هناك لحمايتي.

ظللت أطلب منها أن تأخذ أنفاسًا عميقة وأن تبقى مع ما هو قادم.

في نهاية التسلسل التالي قالت كاثي:

ـ أشعر بأن الأمر انتهى. شعرت بأن جدتي تُمسك بي وأنا في عمري الحالي ـ وتقول لي إنها آسفة لأنها تزوَّجت جدي. إنها وأمي تتأكدان من أن الأمر يتوقف هنا.

بعد تسلسل أخير، كانت كاثي تبتسم:

ـ هناك صورة في ذهني أظهر فيها وأنا أدفع والدي خارج المقهى وجيفري يغلق الباب خلفه. يقف في الخارج. يمكنك رؤيته من خلال الزجاج. الجميع يسخر منه.

بمساعدة علاج «إزالة التحسس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين»، تمكَّنت كاثي من دمج ذكريات الصدمة التي تعرَّضت لها واستدعاء خيالها لمساعدتها على التخلص منها، والوصول إلى الشعور بالكمال والسيطرة. فعلت ذلك بأقل قدر من المدخلات مني ومن دون أي مناقشة لتفاصيل تجاربها. (لم أشعر قَطُّ بأي سبب للتشكيك في دقتها؛ كانت تجاربها حقيقية بالنسبة إليها، وكانت وظيفتي هي مساعدتها في التعامل معها في الوقت الحاضر). هذه العملية حرَّرت شيئًا في عقلها/ دماغها لتنشيط صور، ومشاعر، وأفكار جديدة؛ كان الأمر كما لو أن قوة حياتها ظهرت لخلق إمكانات جديدة لمستقبلها[٣٧٤].

كما رأينا، تستمر الذكريات الصادمة في صورة صور، وأحاسيس، ومشاعر منقسمة وغير معدَّلة. في رأيي، فإن الميزة الأكثر بروزًا لهذا العلاج هي قدرته الواضحة على تنشيط سلسلة من الأحاسيس، والعواطف، والصور، والأفكار غير المرغوب فيها التي تبدو غير مرتبطة بالذكرى الأصلية. قد

تكون هذه الطريقة لإعادة تجميع المعلومات القديمة في حزم جديدة هي الطريقة التي نُدمج بها التجارب اليومية العادية غير الصادمة.

استكشاف صلة النوم

بعد وقت قصير من التعرف على علاج «إزالة التحسس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين»، طُلب مني التحدث عن عملي في مختبر النوم الذي يرأسه ألان هوبسون في «مركز ماساتشوستس للصحة العقلية». اشتهر هوبسون (مع معلّمه ميشيل جوفيت)[٣٧٥] باكتشاف مكان تولُّد الأحلام في الدماغ، وكان أحد مساعديه في البحث، روبرت ستيكجولد، قد بدأ للتو في استكشاف وظيفة الأحلام. عرضت على المجموعة شريط فيديو لمريضة عانت اضطراب كرب ما بعد الصدمة الشديد لمدة ثلاثة عشر عامًا بعد حادث سيارة مروِّع، والتي تحولت، في جلستين فقط من علاج «إزالة التحسس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين»، من ضحية مذعورة عاجزة إلى امرأة واثقة وحازمة. وانبهر بوب بذلك.

بعد بضعة أسابيع، أصيبت صديقة لعائلة ستيكجولد بالاكتئاب الشديد بعد وفاة قطتها إلى درجة أنها اضطرت إلى دخول المستشفى. خلص الطبيب النفسي المعالج إلى أن موت القطة أثار ذكريات لم تُحل عن وفاة والدة المرأة عندما كانت في الثانية عشرة من عمرها، وأوصلها بروجر سولومون، وهو مدرب معروف على علاج «إزالة التحسس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين»، الذي عالجها بنجاح. بعد ذلك، اتصلَت بستيكجولد وقالت:

ـ بوب، عليك دراسة هذا. إنه أمر غريب حقًّا ـ يتعلق الأمر بدماغك، وليس بعقلك.

بعد ذلك بوقت قصير، ظهر مقال في مجلة «دريمنج» (حلم) يشير إلى أن علاج «إزالة التحسس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين» مرتبط بـ«حركة العين السريعة» (rapid eye movement) ـ مرحلة النوم التي يحدث

فيها الحلم[٣٧٦]. أظهرت الأبحاث بالفعل أن النوم، والنوم المصحوب بأحلام على وجه الخصوص، يلعب دورًا رئيسيًا في تنظيم الحالة المزاجية. كما أشار مقال في «دريمنج»، تتحرك العينان بسرعة ذهابًا وإيابًا في نوم «حركة العين السريعة»، تمامًا كما تفعلان في «إزالة التحسس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين». تؤدي زيادة وقتنا في نوم «حركة العين السريعة» إلى تقليل الاكتئاب، بينما كلما قل نوم «حركة العين السريعة» الذي نحصل عليه، زادت احتمالية الإصابة بالاكتئاب[٣٧٧].

بالطبع، اضطراب كرب ما بعد الصدمة مرتبط بشكل سيئ السمعة بالنوم المضطرب، ومعالجة الذات بالكحول أو المخدرات تزيد من اضطراب نوم «حركة العين السريعة». خلال الفترة التي قضيتها في «إدارة قدامى المحاربين»، وجدت أنا وزملائي أن قدامى المحاربين المصابين باضطراب كرب ما بعد الصدمة كثيرًا ما يستيقظون بعد وقت قصير من دخولهم في نوم «حركة العين السريعة»[٣٧٨] ـ على الأرجح لأنهم نشطوا جزءًا من الصدمة في أثناء الحلم[٣٧٩]. لاحظ باحثون آخرون أيضًا هذه الظاهرة، لكنهم اعتقدوا أنه لا علاقة لها بفهم اضطراب كرب ما بعد الصدمة[٣٨٠].

نعلم اليوم أن كلًّا من النوم العميق ونوم «حركة العين السريعة» يلعبان أدوارًا مهمة في كيفية تغيُّر الذكريات بمرور الوقت. يعيد الدماغ النائم تشكيل الذكرى عن طريق زيادة بصمة المعلومات ذات الصلة عاطفيًّا مع المساعدة في إخفاء المواد غير ذات الصلة[٣٨١]. في سلسلة من الدراسات الأنيقة، أظهر ستيكجولد وزملاؤه أن الدماغ النائم يمكن أن يُمنطِق حتى المعلومات التي تكون ملاءمتها غير واضحة عندما نكون مستيقظين ويدمجها في نظام الذاكرة الأكبر[٣٨٢].

تستمر الأحلام في إعادة عرض أجزاء من الذكريات القديمة، وإعادة توحيدها، وإعادة دمجها لأشهر وحتى أعوام[٣٨٣]. تُحدِّث باستمرار الحقائق الجوفية التي تحدد ما توليه عقولنا اليقظة اهتمامًا. وربما يكون الأكثر صلة

بالنسبة إلى «إزالة التحسس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين» أننا في نوم «حركة العين السريعة» نُنشِّط تداعيات بعيدة أكثر من النوم غير ذي «حركة العين السريعة» أو حالة اليقظة الطبيعية. على سبيل المثال، عندما يوقظ الأشخاص من نوم غير ذي «حركة العين السريعة» ويُخضعون لاختبار تداعٍ كلامي، فإنهم يقدمون استجابات قياسية: حار/ بارد، صلب/ ناعم، إلخ. عند الاستيقاظ من نوم «حركة العين السريعة»، يقومون بإجراء اتصالات أقل تقليدية، مثل لص/ خطأ[٣٨٤]. كما يقومون بحل الجناسات البسيطة بسهولة أكبر بعد نوم «حركة العين السريعة». هذا التحول نحو تفعيل التداعيات البعيدة يمكن أن يفسِّر سبب كون الأحلام غريبة للغاية[٣٨٥].

وهكذا، اكتشف ستيكجولد، وهوبسون، وزملاؤهما أن الأحلام تساعد في تكوين علاقات جديدة بين الذكريات التي يبدو أنها ليست ذات صلة[٣٨٦]. إن رؤية روابط جديدة هي السمة الأساسية للإبداع؛ وكما رأينا، فإنها ضرورية أيضًا للشفاء. عدم القدرة على إعادة تجميع التجارب هو أيضًا إحدى السمات البارزة لاضطراب كرب ما بعد الصدمة. بينما يمكن أن يتخيل نعوم في الفصل الرابع نطاطة لإنقاذ ضحايا الإرهاب في المستقبل، فإن الأشخاص المصابين بصدمات محاصرون في تداعيات مجمَّدة: أي شخص يرتدي عمامة سيحاول قتلي؛ أي رجل يجدني جذابة يريد اغتصابي.

أخيرًا، يقترح ستيكجولد ارتباطًا واضحًا بين «إزالة التحسس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين» ومعالجة الذاكرة في الأحلام: «إذا كان التحفيز الثنائي لـ«إزالة التحسس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين» يمكن أن يغير حالات الدماغ بطريقة مشابهة لتلك التي شوهدت في أثناء نوم «حركة العين السريعة»، فهناك الآن دليل جيد على أن علاج «إزالة التحسس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين» يجب أن يكون قادرًا على الاستفادة من المعالجات التي تعتمد على النوم، والتي قد تكون محجوبة أو غير فعَّالة في مرضى اضطراب كرب ما بعد الصدمة، للسماح بمعالجة

الذكرى وحل الصدمة بشكل فعَّال»[٣٨٧]. تعليمات علاج «إزالة التحسس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين» الأساسية، «احتفِظ بهذه الصورة في ذهنك وشاهِد أصابعي تتحرك ذهابًا وإيابًا»، قد تعيد إنتاج ما يحدث في الدماغ الحالم. فيما يذهب هذا الكتاب إلى المطبعة، أدرس أنا وروث لانيوس كيف يتفاعل الدماغ، في أثناء تذكر حدث صادم وتجربة عادية، مع حركات العين المتقطعة حيث يستلقي المشاركون في ماسح «التصوير بالرنين المغناطيسي الوظيفي». ترقبوا.

الارتباط والاندماج

على عكس علاج التعرُّض التقليدي، يقضي علاج «إزالة التحسس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين» وقتًا قصيرًا جدًّا في إعادة النظر في الصدمة الأصلية. من المؤكد أن الصدمة نفسها هي نقطة البداية، لكن التركيز ينصب على تحفيز عملية الارتباط وفتحها. كما أظهرت دراسة «بروزاك»/ «إزالة التحسس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين»، يمكن للعقاقير أن تخفف من صور وأحاسيس الرعب، لكنها تظل جزءًا لا يتجزأ من العقل والجسم. على عكس الأشخاص الذين تحسنوا من خلال تعاطي «بروزاك» ـ الذين لُطِّفَت ذكرياتهم فحسب، ولم تُدمج كحدث وقع في الماضي، ولا تزال تسبب قلقًا كبيرًا ـ فإن أولئك الذين تلقوا علاج «إزالة التحسس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين» لم يعودوا يعانون من البصمات المميزة للصدمة: أصبحت قصة حدث مروِّع وقع منذ زمن طويل. كما قال أحد مرضاي وهو يشير رافضًا بيده:

ـ انتهى الأمر.

في حين أننا لا نعرف حتى الآن بدقة كيفية عمل علاج «إزالة التحسس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين»، فإن الأمر نفسه ينطبق على «بروزاك». «بروزاك» له تأثير في «السيروتونين»، ولكن لا يزال من غير

الواضح ما إذا كانت مستوياته ترتفع أم تنخفض، وفي أي خلايا دماغية، ولماذا يجعل الناس يشعرون بخوف أقل. بالمثل، لا نعرف على وجه التحديد لماذا يعطي التحدث إلى صديق موثوق به مثل هذا الارتياح العميق، وأنا مندهش من قلة الناس الذين يبدون متحمسين لاستكشاف هذا السؤال[٣٨٨].

الأطباء السريريون لديهم التزام واحد فقط: القيام بكل ما في وسعهم لمساعدة مرضاهم على التحسُّن. لهذا السبب، كانت الممارسة السريرية دائمًا مرتعًا للتجارب. بعض التجارب تفشل، وبعضها ينجح، والبعض، مثل علاج «إزالة التحسس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين»، والعلاج السلوكي الديالكتيكي، وعلاج «أنظمة الأسرة الداخلية»، يستمر في تغيير طريقة ممارسة العلاج النفسي. يستغرق التحقق من صحة كل هذه العلاجات عقودًا، وتعرقله حقيقة أن دعم البحث يذهب عمومًا إلى الأساليب التي أثبتت فعاليتها بالفعل. أشعر براحة كبيرة عند النظر في تاريخ «البنسلين»: مرت أربعة عقود تقريبًا بين اكتشاف خصائص المضادات الحيوية على يد ألكساندر فليمنج في عام ١٩٢٨ والتوضيح النهائي لآلياته في عام ١٩٦٥.

الفصل السادس عشر

أن تتعلم سُكنى جسمك:

«اليوجا»

«عندما نبدأ في إعادة تجربة إعادة اتصال حشوي مع احتياجات أجسامنا، هناك قدرة جديدة تمامًا على حب الذات بحرارة. نختبر جودة جديدة من الأصالة في رعايتنا، والتي تُعيد توجيه انتباهنا إلى صحتنا، وأنظمتنا الغذائية، وطاقتنا وإدارة وقتنا. تنشأ هذه الرعاية المعززة للذات بشكل عفوي وطبيعي، وليس كرد فعل على «ينبغي». نحن قادرون على تجربة متعة فورية ومتأصلة في الرعاية الذاتية».

– ستيفن كوب، «اليوجا والبحث عن الذات الحقيقية»

في المرة الأولى التي رأيت فيها آني كانت مستلقية على كرسي في غرفة الانتظار الخاصة بعيادتي، مرتدية بنطالًا «جينز» باهتًا وقميصًا أرجوانيًا عليه صورة جيمي كليف. كانت ساقاها ترتعشان بشكل واضح، وظلت تحدق إلى الأرض حتى بعد أن دعوتها للدخول. لم يكن لديَّ سوى القليل من المعلومات عنها، بخلاف أنها كانت في السابعة والأربعين من عمرها وتدرِّس لأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة. أبلغ جسمها بوضوح أنها كانت خائفة جدًّا من الدخول في محادثة ـ أو حتى تقديم معلومات روتينية حول

عنوانها أو خطة التأمين الخاصة بها. الأشخاص الذين يعانون هذا الخوف لا يمكنهم التفكير بشكل صحيح، وأي مطالبة لهم بالأداء ستجعلهم يتوقفون أكثر. وإذا أصررت، فسوف يهربون ولن تراهم مرة أخرى.

جرَّت آني رجليها إلى مكتبي وظلت واقفة، بالكاد تتنفس، وتبدو وكأنها طائر متجمِّد. كنت أعلم أننا لن نستطيع فعل أي شيء حتى أتمكن من مساعدتها على الهدوء. بالانتقال إلى مسافة ستة أقدام منها والتأكُّد من وصولها من دون عائق إلى الباب، شجعتها على أن تأخذ أنفاسًا أعمق قليلًا. تنفست معها وطلبت منها أن تحذو حذوي، ورفعت ذراعَي بلطف من جانبي وهي تستنشق وخفضتهما في أثناء الزفير، وهي تقنية من تقنيات «تشيجونج» علمني إياها أحد طلابي الصينيين. تابعت تحركاتي خلسة، وعيناها لا تزالان مثبتتين على الأرض. أمضينا نحو نصف ساعة بهذه الطريقة. من وقت إلى آخر، طلبت منها بهدوء أن تلاحظ شعور قدميها على الأرض وكيف يتمدد صدرها ويتقلص مع كل نفس. تدريجيًّا أصبحت أنفاسها أبطأ وأعمق، وهدأ وجهها، واستقام عمودها الفقري قليلًا، ورفعت عينيها إلى مستوى تفاحة آدم الخاصة بي. بدأت أشعر بالشخص الذي يقف وراء هذا الرعب الغامر. أخيرًا، بدت أكثر استرخاءً وأظهرت لي بصيص ابتسامة، اعترافًا بأن كلينا في الغرفة. اقترحت أن نتوقف عند هذا الحد الآن ـ فقد طلبت منها ما يكفي ـ وسألتها عما إذا كانت ترغب في العودة بعد أسبوع. أومأت برأسها وتمتمت:

ـ أنت بالتأكيد غريب الأطوار.

عندما تعرفت على آني، استنتجت من الملاحظات التي كتبتها والرسومات التي قدمتها إليَّ أنها تعرَّضت لإساءة مروِّعة من قِبل والدها ووالدتها عندما كانت طفلة صغيرة جدًّا. كُشِف عن القصة الكاملة تدريجيًّا فقط، حيث تعلمت ببطء استدعاء بعض الأشياء التي حدثت لها من دون أن يُختطف جسمها في حالة قلق لا يمكن السيطرة عليه.

علمت أن آني ماهرة بشكل غير عادي وتراعي عملها مع الأطفال ذوي

الاحتياجات الخاصة. (جربت عددًا قليلًا من الأساليب التي أخبرتني عنها مع أطفال في عيادتنا ووجدتها مفيدة للغاية). كانت تتحدث بحرية عن الأطفال الذين علمتهم، لكنها كانت تصرخ على الفور إذا اقتربنا من علاقاتها مع البالغين. كنت أعرف أنها متزوجة، لكنها بالكاد ذكرت زوجها. غالبًا ما تعاملت مع الخلافات والمواجهات بجعل عقلها يختفي. عندما تشعر بالإرهاق، تقطِّع ذراعيها وثدييها بشفرة حلاقة. أمضت أعوامًا في أشكال مختلفة من العلاج وجربت عديدًا من الأدوية المختلفة، التي لم تفعل سوى القليل لمساعدتها على التعامل مع بصمات ماضيها الرهيب. أُدخلت أيضًا إلى العديد من مستشفيات الأمراض النفسية لإدارة سلوكياتها المدمرة للذات، مرة أخرى من دون فائدة تذكر.

في جلسات العلاج المبكرة، بالنظر إلى أن آني لم تستطِع إلا التلميح إلى ما كانت تشعر به وتفكر فيه قبل أن تتوقف عن العمل وتتجمد، ركزنا على تهدئة الفوضى الفسيولوجية بداخلها. استخدمنا كل التقنيات التي تعلمتها على مر الأعوام، مثل التنفس مع التركيز على الزفير، الذي ينشط الجهاز العصبي اللاودي المريح. علمتها أيضًا استخدام أصابعها للنقر على أجزاء مختلفة من جسمها، وهي ممارسة تُدرَّس غالبًا تحت اسم «تقنية الحرية العاطفية» (Emotional Freedom Technique)، والتي ثبت أنها تساعد المرضى على البقاء ضمن نافذة التسامح وغالبًا ما تكون له تأثيرات إيجابية في أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة[٣٨٩].

إرث الصدمة التي لا يمكن الهروب منها

بالنظر إلى أنه يمكننا الآن تحديد دوائر الدماغ المتضمَّنة في نظام الإنذار، فإننا نعرف، بشكل أو بآخر، ما كان يحدث في دماغ آني عندما جلست في ذلك اليوم الأول في غرفة الانتظار الخاصة بي: أُعيد توصيل كاشف الدخان الخاص بها، اللوزة الدماغية الخاصة بها، لتفسير مواقف معينة

كنذير لخطر يهدد الحياة، وكان يرسل إشارات عاجلة إلى دماغها الناجي للقتال، أو التجمُّد، أو الفرار. كان لدى آني كل ردود الفعل هذه في وقت واحد ـ كانت مضطربة بشكل واضح ومنغلقة عقليًّا.

كما رأينا، يمكن أن تظهر أنظمة الإنذار المعطَّلة بطرق مختلفة، وإذا تعطَّل جهاز الكشف عن الدخان، فلا يمكنك الوثوق بدقة تصوراتك. على سبيل المثال، عندما بدأت آني تحبني بدأت تتطلع إلى اجتماعاتنا، لكنها كانت تصل إلى مكتبي في حالة من الذعر الشديد. ذات يوم، انتابتها ذكرى مباغتة ولا إرادية من الشعور بالإثارة لأن والدها سيعود إلى المنزل قريبًا ـ لكن في وقت لاحق من ذلك المساء تحرش بها. لأول مرة، أدركَت أن عقلها يربط تلقائيًّا بين الإثارة بشأن رؤية شخص تحبه والرعب من التعرض للتحرش.

الأطفال الصغار ماهرون بشكل خاص في تجزئة التجربة، بحيث إن حب آني الطبيعي لوالدها وخوفها من اعتداءاته كانا محتجزين في حالات منفصلة من الوعي. بوصفها شخصًا بالغًا، ألقت آني باللوم على نفسها بسبب تعرُّضها لإساءة المعاملة، لأنها كانت تعتقد أن الفتاة الصغيرة المحبَّة والمتحمسة التي كانت عليها ذات يوم قد ضللت والدها ـ جلبت التحرش على نفسها. أخبرها عقلها العقلاني أن هذا مجرد هراء، لكن هذا الاعتقاد انبثق من أعماق عقلها العاطفي والساعي للنجاة، من التوصيلات الأساسية لنظامها الخُوفي. لن يتغير الأمر حتى تشعر بالأمان الكافي داخل جسمها لتعود بذهنها إلى تلك التجربة وتعرف حقًّا كيف شعرت تلك الفتاة الصغيرة وتصرفت في أثناء الإساءة.

الخدر الذي في الداخل

إحدى طرق تخزين ذاكرة العجز هي توتر العضلات أو الشعور بالتفكك في مناطق الجسم المصابة: الرأس، والظهر، والأطراف عند ضحايا الحوادث، والمهبل والمستقيم عند ضحايا الاعتداء الجنسي. تدور حياة العديد من

الناجين من الصدمات حول الاستعداد ضد التجارب الحسية غير المرغوب فيها وتحييدها، وقد أصبح معظم الأشخاص الذين أراهم في ممارستي خبراء في مثل هذا التخدير الذاتي. قد يعانون السمنة المفرطة أو فقدان الشهية أو يصبحون مدمنين على التمارين أو العمل. يحاول ما لا يقل عن نصف الأشخاص المصابين بصدمات إبهار عالمهم الداخلي الذي لا يطاق بالمخدرات أو الكحول. الجانب الآخر من الخدر هو البحث عن الإحساس. كثير من الناس يجرحون أنفسهم للتخلص من الخدر، بينما يحاول آخرون القفز بالحبال أو القيام بأنشطة عالية الخطورة مثل الدعارة والمقامرة. يمكن لأيٍّ من هذه الأساليب أن تمنحهم شعورًا زائفًا ومتناقضًا بالسيطرة.

عندما يكون الناس غاضبين أو خائفين بشكل مزمن، يؤدي التوتر العضلي المستمر في النهاية إلى تقلُّصات، وآلام في الظهر، وصداع نصفي، وألم عضلي ليفي (فيبروميالجيا)، وأشكال أخرى من الألم المزمن. قد يزورون اختصاصيين متعددين، ويخضعون لاختبارات تشخيصية مكثفة، وتوصف لهم أدوية متعددة، قد يوفر بعضها راحة مؤقتة، ولكن جميعها تفشل في معالجة المشكلات الأساسية. سيأتي تشخيصهم لتحديد واقعهم من دون أن يُحدَّد على الإطلاق بعدِّه أحد أعراض محاولتهم التعامل مع الصدمة.

ركزت أول عامين من علاجي مع آني على مساعدتها على تعلم تحمُّل أحاسيسها الجسدية بما هي كذلك ـ مجرد أحاسيس في الحاضر، لها بداية، ووسط، ونهاية. عملنا على مساعدتها على البقاء هادئة بما يكفي لملاحظة ما تشعر به من دون إصدار أحكام، حتى تتمكن من ملاحظة هذه الصور والمشاعر المفاجئة على أنها بقايا ماضٍ رهيب، وليس على أنها تهديدات لا تنتهي لحياتها اليوم.

يتحدانا مرضى مثل آني باستمرار لإيجاد طرق جديدة لمساعدة الناس على تنظيم الإثارة والتحكم في وظائفهم. وهكذا عثرت أنا وزملائي في «مركز الصدمة» على «اليوجا».

اكتشاف طريقنا إلى «اليوجا»:

تنظيم من أسفل إلى أعلى

بدأ انخراطنا في «اليوجا» عام ١٩٩٨ عندما سمعت أنا وجيم هوبر لأول مرة عن مؤشر بيولوجي جديد، «تقلب معدل ضربات القلب»، الذي اكتُشف مؤخرًا ليكون مقياسًا جيدًا لمدى جودة عمل الجهاز العصبي اللاإرادي. كما ستتذكر من الفصل الخامس، فإن الجهاز العصبي اللاإرادي هو نظام النجاة الأساسي في دماغنا، وينظِّم فرعاه الإثارة في جميع أنحاء الجسم. بشكل تقريبي، يستخدم الجهاز العصبي الودي مواد كيميائية مثل «الأدرينالين» لتغذية الجسم والدماغ لاتخاذ إجراءات، بينما يستخدم الجهاز العصبي اللاودي «الأسيتيل كولين» للمساعدة في تنظيم وظائف الجسم الأساسية مثل الهضم، والتئام الجروح، ودورات النوم والحلم. عندما نكون في أفضل حالاتنا، يعمل هذان النظامان معًا بشكل وثيق لإبقائنا في حالة مثالية من المشاركة مع بيئتنا ومع أنفسنا.

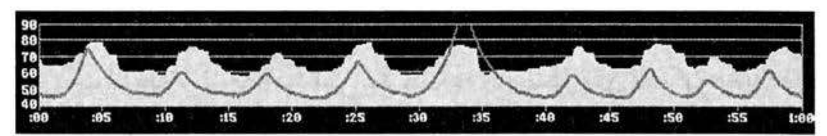
يقيس «تقلب معدل ضربات القلب» التوازن النسبي بين الجهاز الودي والجهاز اللاودي. عندما نستنشق، نُحفز «الجهاز العصبي الودي»، ما يؤدي إلى زيادة معدل ضربات القلب. يحفز الزفير «الجهاز العصبي اللاودي»، ما يُقلل من سرعة دقات القلب. عند الأفراد الأصحاء، ينتج عن الشهيق والزفير تقلبات منتظمة ومتوازنة في معدل ضربات القلب: التقلب الجيد في معدل ضربات القلب هو مقياس للسلامة الأساسية.

لماذا يُعدُّ مؤشر «تقلب معدل ضربات القلب» مهمًّا؟ عندما يكون نظامنا العصبي اللاإرادي متوازنًا جيدًا، تكون لدينا درجة معقولة من التحكم في استجابتنا للإحباطات وخيبات الأمل البسيطة، ما يمكننا من تقييم ما يحدث بهدوء عندما نشعر بالإهانة أو الإهمال. يمنحنا تعديل الاستثارة الفعَّال التحكُّم في دوافعنا وعواطفنا: ما دام نجحنا في الحفاظ على هدوئنا، يمكننا اختيار الطريقة التي نريد أن نستجيب بها. الأفراد الذين يعانون ضعفًا في الجهاز العصبي اللاإرادي يفقدون توازنهم بسهولة، عقليًّا وجسديًّا. بالنظر إلى أن الجهاز العصبي اللاإرادي ينظم الإثارة في كلٍّ من الجسم والدماغ،

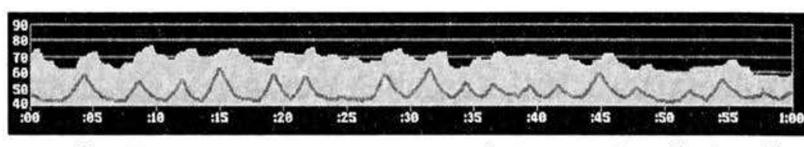
فإن ضعف «تقلب معدل ضربات القلب» ـ أي نقص التقلب في معدل ضربات القلب استجابة للتنفس ـ ليست له آثار سلبية في التفكير والشعور فحسب، بل يؤثر أيضًا في كيفية استجابة الجسم للتوتر. قلة الاتساق بين التنفس ومعدل ضربات القلب تجعل الناس عرضة لمجموعة متنوعة من الأمراض الجسدية، مثل أمراض القلب والسرطان، بالإضافة إلى مشكلات عقلية مثل الاكتئاب واضطراب كرب ما بعد الصدمة[٣٩٠].

من أجل دراسة هذه المشكلة بشكل أكبر، حصلنا على آلة لقياس «تقلب معدل ضربات القلب» وبدأنا في وضع عصابات حول صدور الأشخاص الذين يعانون اضطراب كرب ما بعد الصدمة والذين لا يعانونه لتسجيل عمق وإيقاع تنفسهم بينما تلتقط الشاشات الصغيرة المتصلة بشحمة الأذن نبضهم. بعد أن أخضعنا نحو ستين شخصًا للاختبار، أصبح من الواضح أن الأشخاص المصابين باضطراب كرب ما بعد الصدمة يعانون انخفاضًا في «تقلب معدل ضربات القلب» بشكل غير عادي. بعبارة أخرى، في حالة اضطراب كرب ما بعد الصدمة، يكون الجهاز العصبي الودي واللاودي غير متزامنين[٣٩١]. أضاف هذا تطورًا جديدًا إلى قصة الصدمة المعقدة: أكدنا أن نظامًا تنظيميًا آخر للدماغ لا يعمل كما ينبغي[٣٩٢]. إن الفشل في الحفاظ على توازن هذا النظام هو أحد التفسيرات التي تجعل الأشخاص المصابين بصدمات مثل آني معرضين للغاية للمبالغة في الاستجابة للضغوط البسيطة نسبيًا: فالنظم البيولوجية التي تهدف إلى مساعدتنا في التعامل مع تقلبات الحياة تفشل في مواجهة التحدي.

كان سؤالنا العلمي التالي هو: هل هناك طريقة للناس لتحسين «تقلب معدل ضربات القلب»؟ كان لديَّ حافز شخصي لاستكشاف هذا السؤال، حيث اكتشفت أن «تقلب معدل ضربات القلب» الخاص بي لم يكن قويًّا بما يكفي لضمان الصحة البدنية على المدى الطويل. أظهر بحث على الإنترنت دراسات تُظهِر أن سباق الماراثون زاد بشكل ملحوظ من معدل ضربات القلب. للأسف، لم يكن ذلك ذا فائدة كبيرة، حيث لم أكن أنا ولا مرضانا مرشحين جيدين لماراثون بوسطن.



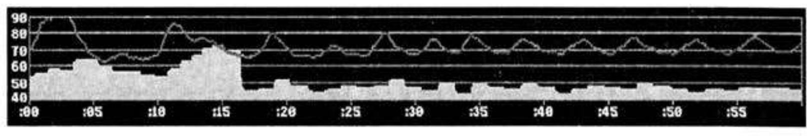
«تقلب معدل ضربات القلب» عند شخص منظم جيدًا. الخطوط السوداء الصاعدة والهابطة تمثل التنفس، وفي هذه الحالة يأخذ الشهيق والزفير شكلًا بطيئًا ومنتظمًا. تُظهِر المنطقة الرمادية تقلبات في معدل ضربات القلب. كلما استنشق هذا الشخص يرتفع معدل ضربات قلبه؛ في أثناء الزفير ينبض القلب ببطء. يعكس هذا النمط من «تقلب معدل ضربات القلب» صحة فسيولوجية ممتازة.



الاستجابة للانزعاج. عندما يتذكر شخص ما تجربة مزعجة، يتسارع التنفس ويصبح غير منتظم، وكذلك معدل ضربات القلب. لا يصبح القلب والتنفس في تزامن تام. هذه استجابة طبيعية.



«تقلب معدل ضربات القلب» في حالة مصابة باضطراب كرب ما بعد الصدمة. التنفس سريع وضحل. معدل ضربات القلب بطيء وغير متزامن مع التنفس. هذا هو النمط النموذجي للشخص المصاب باضطراب كرب ما بعد الصدمة المزمن.



شخص مصاب باضطراب كرب ما بعد الصدمة المزمن يستعيد ذاكرة الصدمة. يكون التنفس في البداية مجهدًا وعميقًا، وذلك نموذجي كاستجابة للذعر. تتسارع ضربات القلب بشكل غير متزامن مع التنفس. ويتبع ذلك تنفس سريع، وضحل، وبطء في معدل ضربات القلب، وهي علامات تدل على أن الشخص ينغلق.

أدرج «جوجل» أيضًا سبعة عشر ألف موقع «يوجا» تدَّعي أن «اليوجا» تحسِّن «تقلب معدل ضربات القلب»، لكننا لم نتمكن من العثور على أي دراسات داعمة. ربما طور ممارسو «اليوجا» طريقة رائعة لمساعدة الناس على إيجاد التوازن الداخلي والصحة، ولكن في عام ١٩٩٨ لم يتم عمل الكثير لتقييم ادعاءاتهم باستخدام أدوات التقليد الطبي الغربي.

ومع ذلك، منذ ذلك الحين، أكدت الأساليب العلمية أن تغيير طريقة التنفس يمكن أن يحسن مشكلات الغضب، والاكتئاب، والقلق[٣٩٣]، وأن «اليوجا» يمكن أن تؤثر بشكل إيجابي في مشكلات طبية واسعة النطاق مثل ارتفاع ضغط الدم، وارتفاع إفراز هرمون التوتر[٣٩٤]، والربو، وآلام أسفل الظهر[٣٩٥]. ومع ذلك، لم تنشر أي مجلة للأمراض النفسية دراسة علمية حول تجربة «اليوجا» من أجل علاج اضطراب كرب ما بعد الصدمة حتى ظهر عملنا في عام ٢٠١٤[٣٩٦].

وكما حدث، بعد أيام قليلة من بحثنا على الإنترنت، سار مدرس «يوجا» نحيف يُدعى ديفيد إيمرسون عبر الباب الأمامي لـ«مركز الصدمة». أخبرنا أنه طور شكلًا معدلًا من «هاثا يوجا» للتعامل مع اضطراب كرب ما بعد الصدمة، وأنه يعقد دروسًا لقدامى المحاربين في مركز بيطري محلي وللنساء في «مركز أزمات الاغتصاب بمنطقة بوسطن». هل سنكون مهتمين بالعمل معه؟ تطورت زيارة ديف في النهاية إلى برنامج «يوجا» نَشِط للغاية، وفي الوقت المناسب تلقينا أول منحة من «المعاهد الوطنية للصحة» لدراسة آثار «اليوجا» في اضطراب كرب ما بعد الصدمة. أسهم عمل ديف أيضًا في تطوير ممارستي لـ«اليوجا» بانتظام وأصبحت مدرسًا متكررًا في «كريبالو»، وهو مركز «يوجا» في جبال بيركشاير في غرب ماساتشوستس. (خلال هذه المسيرة، تحسَّن نمط «تقلب معدل ضربات القلب» الخاص بي أيضًا).

عند اختيار استكشاف «اليوجا» لتحسين «تقلب معدل ضربات القلب»، كنا نتبع نهجًا موسَّعًا لحل المشكلة. يمكننا ببساطة استخدام أي عدد من

الأجهزة المحمولة ذات الأسعار المعقولة التي تدرِّب الناس على إبطاء تنفسهم ومزامنته مع معدل ضربات القلب، ما يؤدي إلى حالة من «الاتساق القلبي» مثل النمط الموضح في الرسم التوضيحي الأول أعلاه[٣٩٧]. هناك مجموعة متنوعة من التطبيقات التي يمكن أن تساعد في تحسين «تقلب معدل ضربات القلب» بمساعدة الهاتف الذكي[٣٩٨]. لدينا في عيادتنا محطات عمل حيث يمكن للمرضى تدريب «تقلب معدل ضربات القلب» الخاص بهم، وأنا أحث جميع مرضاي الذين، لسبب أو لآخر، لا يمكنهم ممارسة «اليوجا»، أو فنون الدفاع عن النفس، أو «التشيجونج» أن يدربوا أنفسهم في المنزل. (تُنظر المصادر لمزيد من المعلومات).

استكشاف «اليوجا»

قادنا قرار دراسة «اليوجا» إلى التعمُّق أكثر في تأثير الصدمة في الجسم. اجتمعت دروس «اليوجا» التجريبية الأولى التي قمنا بها في غرفة تبرَّع بها استديو قريب بسخاء. تطوع ديفيد إيمرسون وزميلتاه دانا مور وجودي كاري كمدربين، وتوصل فريق البحث الخاص بي إلى أفضل السُّبُل لقياس تأثيرات «اليوجا» في الأداء النفسي. وضعنا منشورات في محلات السوبر ماركت المجاورة والمغاسل للإعلان عن فصولنا الدراسية وأجرينا مقابلات مع العشرات من الأشخاص الذين اتصلوا استجابةً. في النهاية، اخترنا سبعًا وثلاثين امرأة كان لديهن تاريخ صدمة حاد وتلقَّين بالفعل سنوات عديدة من العلاج من دون فائدة كبيرة. اختير نصف المتطوعين عشوائيًّا لمجموعة «اليوجا»، بينما حصل الآخرون على علاج صحة عقلية راسخ، «العلاج السلوكي الجدلي» (dialectical behavior therapy)، والذي يُعلِّم الناس كيفية تطبيق اليقظة العقلية للبقاء هادئين ومسيطرين. أخيرًا، كلَّفنا مهندسًا في «معهد ماساتشوستس للتكنولوجيا» ليبني لنا كمبيوتر معقدًا يمكنه قياس «تقلب معدل ضربات القلب» عند ثمانية أشخاص مختلفين

في وقت واحد. (في كل مجموعة دراسة كانت هناك فصول متعددة، كلٌّ منها لا يزيد على ثمانية مشاركين). بينما حسنت «اليوجا» بشكل ملحوظ مشكلات الإثارة في اضطراب كرب ما بعد الصدمة وحسنت بشكل كبير علاقات المشاركين بأجسامهم («الآن أعتني بجسمي»؛ «إنني أصغي إلى ما يحتاج إليه جسمي»)، فإن ثمانية أسابيع من «العلاج السلوكي الجدلي» لم تؤثر في مستويات الإثارة أو أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة. وبالتالي، تطور اهتمامنا بـ«اليوجا» تدريجيًا بالتركيز على معرفة ما إذا كانت «اليوجا» يمكن أن تغير «تقلب معدل ضربات القلب» (وهو ما يمكن أن تفعله)[٣٩٩]، لمساعدة الأشخاص المصابين بصدمات على تعلُّم العيش بشكل مريح في أجسامهم المعذبة.

مع مرور الوقت، بدأنا أيضًا برنامجًا لـ«اليوجا» يستهدف مشاة البحرية في قاعدة «كامب ليجون» العسكرية وعملنا بنجاح مع العديد من البرامج الأخرى لتنفيذ برامج «اليوجا» لقدامى المحاربين المصابين باضطراب كرب ما بعد الصدمة. على الرغم من عدم وجود بيانات بحثية رسمية عن قدامى المحاربين، يبدو أن «اليوجا» فعَّالة بالنسبة إليهم على الأقل كما كانت بالنسبة إلى النساء في دراساتنا.

تتكون جميع برامج «اليوجا» من مجموعة من ممارسات التنفس (براناياما)، والإطالات أو الوضعيات (أساناس)، والتأمل. تؤكد مدارس «اليوجا» المختلفة على الاختلافات في الكثافة والتركيز داخل هذه المكونات الأساسية. على سبيل المثال، الاختلافات في سرعة وعمق التنفس واستخدام الفم، والأنف، والحنجرة تؤدي جميعها إلى نتائج مختلفة، وبعض التقنيات لها تأثيرات قوية في الطاقة[٤٠٠]. في فصولنا نحافظ على مقاربة بسيطة. كثير من مرضانا بالكاد يدركون أنفاسهم، ولذلك فإن تعلم التركيز على الشهيق والزفير، وملاحظة ما إذا كان التنفس سريعًا أم بطيئًا، وإحصاء الأنفاس في بعض الأوضاع يمكن أن تكون إنجازًا مهمًّا[٤٠١].

نقدِّم تدريجيًا عددًا محدودًا من الوضعيات الكلاسيكية. لا ينصب التركيز على جعل الوضعيات «صحيحة»، ولكن على مساعدة المشاركين في ملاحظة العضلات النَّشِطة في أوقات مختلفة. صُمِّمت التسلسلات لخلق إيقاع بين التوتر والاسترخاء ـ وهو شيء نأمل أن يبدأوا في إدراكه في حياتهم اليومية.

لا نُعلِّم التأمل بما هو كذلك، لكننا نعزز اليقظة العقلية من خلال تشجيع الطلاب على ملاحظة ما يحدث في أجزاء مختلفة من الجسم من وضعية إلى أخرى. في دراساتنا نستمر في رؤية مدى صعوبة شعور الأشخاص المصابين بصدمات بالاسترخاء التام والأمان الجسدي في أجسامهم. نقيس «تقلب معدل ضربات القلب» عند المشاركين من خلال وضع شاشات صغيرة على أذرعهم خلال تمارين «الشفاسانا»، الوضعية التي يقوم بها الممارسون في نهاية معظم الفصول الدراسية، حيث يقومون بالاستلقاء ووجوههم لأعلى، وأكفهم لأعلى، مع استرخاء أذرعهم وأرجلهم. بدلًا من الاسترخاء، مارسنا كثيرًا من النشاط العضلي للحصول على إشارة واضحة. بدلًا من الدخول في حالة من الراحة الهادئة، تستمر عضلات طلابنا غالبًا في إعدادهم لمحاربة أعداء غير مرئيين. يظل التحدي الرئيسي في التعافي من الصدمة هو القدرة على تحقيق حالة من الاسترخاء التام والاستسلام الآمن.

تعلم التنظيم الذاتي

بعد رؤية نجاح دراساتنا التجريبية، أنشأنا برنامج «يوجا» علاجيًا في «مركز الصدمة». اعتقدت أن هذه قد تكون فرصة لآني لتطوير علاقة أكثر رعاية مع جسمها، وحثثتها على تجربة البرنامج. الصف الأول كان صعبًا. كان مجرد حصولها على تعديل من قِبل المدرب أمرًا مرعبًا للغاية إلى درجة أنها عادت إلى المنزل وجرحت نفسها ـ فسر نظام الإنذار المعطل الخاص بها حتى اللمسة اللطيفة على ظهرها على أنها اعتداء. في الوقت نفسه، أدركت آني

أن «اليوجا» قد توفر لها طريقة لتحرير نفسها من الشعور المستمر بالخطر الذي تشعر به في جسمها. بتشجيعي عادت في الأسبوع التالي.

لطالما وجدت آني أنه من الأسهل الكتابة عن تجاربها بدلًا من التحدث عنها. بعد فصل «اليوجا» الثاني، كتبت إليَّ:

> «لا أعرف كل الأسباب التي تجعل «اليوجا» ترعبني كثيرًا، لكني أعلم أنها ستكون مصدرًا رائعًا للشفاء بالنسبة إليَّ، ولهذا السبب أعمل على نفسي لتجربتها. «اليوجا» تدور حول النظر إلى الداخل بدلًا من الخارج والاستماع إلى جسمي، وقد وُجِّه الكثير من مساعي النجاة الخاصة بي حول عدم القيام بهذه الأشياء. عند ذهابي إلى الصف اليوم، كانت دقات قلبي تتسارع، وأراد جزء مني حقًّا أن يستدير، ولكن بعد ذلك ظللت أضع قدمًا أمام أخرى حتى وصلت إلى الباب ودخلت. بعد الفصل، عدت إلى المنزل ونمت لأربع ساعات. حاولت هذا الأسبوع ممارسة «اليوجا» في المنزل وسمعت صوتًا يقول لي: «جسمك لديه أشياء ليقولها». فقلت لنفسي: «سأحاول الإصغاء»».

بعد أيام قليلة كتبت آني:

> «بعض الأفكار في أثناء «اليوجا» اليوم وبعدها. خطر ببالي كيف يجب أن أكون منفصلة عن جسمي عندما أجرحه. عندما كنت أقوم بالوضعيات، لاحظت أن فكي والمنطقة بأكملها من حيث تنتهي ساقاي إلى سرة بطني هي المكان الذي أكون فيه مشدودة، ومتوترة، وأمسك بالألم والذكريات. في بعض الأحيان، كنت تسألني أين أشعر بالأشياء، ولم يكن بإمكاني حتى البدء في تحديد مكانها، لكن اليوم شعرت بهذه الأماكن بوضوح شديد وجعلني ذلك أرغب في البكاء بطريقة لطيفة».

في الشهر التالي، أخذ كلانا إجازة، ودعوتها للبقاء على اتصال معي، وكتبت لي مرة أخرى:

> «كنت أمارس «اليوجا» بمفردي في غرفة تُطلُّ على البحيرة. سأستمر في قراءة الكتاب الذي أعرته إليَّ [كتاب ستيفن كوب الرائع «اليوجا والبحث عن الذات الحقيقية»]. من المثير للاهتمام حقًّا التفكير في مدى رفضي

للاستماع إلى جسمي، الذي هو جزء مهم من هويتي. بالأمس، عندما مارست «اليوجا»، فكرت في ترك جسمي يخبرني بالقصة التي يريد أن يرويها وفي وضعيات فتح الورك كان هناك الكثير من الألم والحزن. لا أعتقد أن عقلي سيسمح للصور الحية بالظهور ما دمت بعيدة عن بيتي، وهذا أمر جيد. أفكر الآن في مدى عدم الاتزان الذي كنت عليه وكم حاولت بقوة إنكار الماضي، الذي هو جزء من نفسي الحقيقية. هناك الكثير الذي يمكنني تعلمه إذا انفتحت عليه وبعد ذلك لن أضطر إلى محاربة نفسي كل دقيقة من كل يوم».

إحدى وضعيات «اليوجا» التي كان من الصعب على آني تحمُّلها هي الوضعية التي يُطلق عليها غالبًا اسم «هابي بيبي»، حيث تستلقي على ظهرك مع ثني ركبتيك بعمق بحيث يشير باطن قدميك إلى السقف، بينما تمسك أصابع قدميك بيديك. يؤدي هذا إلى تدوير الحوض إلى وضع مفتوح للغاية. من السهل أن نفهم لماذا قد يجعل هذا ضحية اغتصاب تشعر بالضعف الشديد. ومع ذلك، ما دامت «هابي بيبي» (أو أي وضعية شبيهة) تسبب حالة من الذعر الشديد، فمن الصعب أن تكون حميمية. تعلُّم كيفية القيام بشكل مريح بوضعية «هابي بيبي» يمثل تحديًا للعديد من المرضى في صفوف «اليوجا» الخاصة بنا.

أن أتعرف عليّ:

تنمية الحس الداخلي

من أوضح الدروس المستفادة من علم الأعصاب المعاصر أن إحساسنا بأنفسنا مرتبط بعلاقة حيوية مع أجسامنا[٤٠٢]. لا نعرف أنفسنا حقًّا ما لم نشعر ونفسِّر أحاسيسنا الجسدية؛ إننا بحاجة إلى تسجيل هذه الأحاسيس والتصرف بناءً عليها للتنقل بأمان خلال الحياة[٤٠٣]. بينما قد يجعل التخدير (أو البحث عن الإحساس التعويضي) الحياة مقبولة، فإن الثمن الذي تدفعه هو أنك تفقد الوعي بما يجري داخل جسمك، ومن ثَمَّ الشعور بأنك على قيد الحياة كليًّا وحسيًّا.

في الفصل السادس، ناقشت «الألكيسيثيميا»، المصطلح التقني لعدم القدرة على تحديد ما يحدث داخل نفسك[٤٠٤]. يميل الأشخاص الذين يعانون «الألكيسيثيميا» إلى الشعور بعدم الارتياح الجسدي ولكن لا يمكنهم وصف المشكلة بالضبط. ونتيجة لذلك، غالبًا ما يكون لديهم العديد من الشكاوى الجسدية الغامضة والمزعجة التي لا يستطيع الأطباء تشخيصها. بالإضافة إلى ذلك، لا يمكنهم أن يعرفوا بأنفسهم ما يشعرون به حقًّا حيال أي موقف معين أو ما الذي يجعلهم يشعرون بتحسن أو بسوء. هذه هي نتيجة التخدير، الذي يمنعهم من توقع المطالب العادية لأجسامهم والاستجابة لها بطرق هادئة وواعية. في الوقت نفسه، يكتم التخدير المسرَّات الحسية اليومية لتجارب مثل الموسيقى، واللمس، والضوء، التي تضفي قيمة على الحياة. تبيَّن أن «اليوجا» طريقة رائعة لـ«إعادة» اكتساب علاقة مع العالم الداخلي ومعها علاقة حسية ومُحبَّة تجاه النفس.

إذا لم تكن على دراية بما يحتاج إليه جسمك، فلا يمكنك الاعتناء به. إذا كنت لا تشعر بالجوع، لا يمكنك تغذية نفسك. إذا كنت تخطئ في عدِّ القلق جوعًا، فقد تأكل كثيرًا. وإذا كنت لا تشعر بالشبع، فستستمر في تناول الطعام. هذا هو السبب في أن تنمية الوعي الحسِّي تُعدُّ جانبًا مهمًّا من جوانب التعافي من الصدمة. تُقلِّل معظم العلاجات التقليدية من التحولات اللحظية في عالمنا الحسي الداخلي أو تتجاهلها. لكن هذه التحولات تحمل جوهر استجابات الجهاز العضوي: الحالات العاطفية التي تُطبَع في الملف الكيميائي للجسم، في الأحشاء، في تقلص العضلات المخطَّطة في الوجه، والحلق، والجذع، والأطراف[٤٠٥]. يحتاج الأشخاص المصابون بصدمات إلى تعلُّم أنه يمكنهم تحمل أحاسيسهم، ومصادقة تجاربهم الداخلية، وتنمية أنماط عمل جديدة.

في «اليوجا»، تُركِّز انتباهك على تنفسك وعلى أحاسيسك لحظة بلحظة. تبدأ في ملاحظة العلاقة بين عواطفك وجسمك ـ ربما كيف أن القلق بشأن

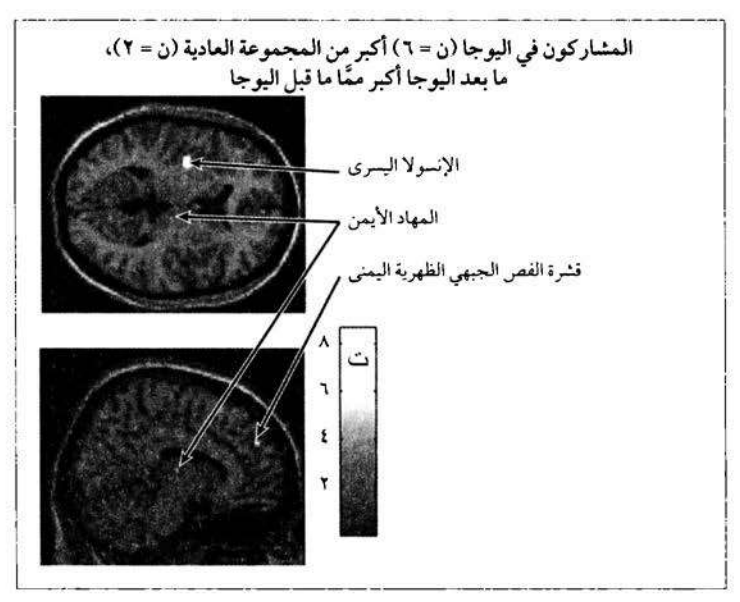
القيام بوقفة ما يؤدي في الواقع إلى عدم توازنك. تبدأ في تجربة تغيير الطريقة التي تشعر بها. هل سيخفف التنفس العميق من التوتر الموجود في كتفيك؟ هل التركيز على زفيرك سينتج عنه شعور بالهدوء[٤٠٦]؟

إن مجرد ملاحظة ما تشعر به يُعزِّز التنظيم العاطفي، ويساعدك على التوقف عن محاولة تجاهل ما يجري بداخلك. كما أُخبِر طلابي كثيرًا، فإن العبارتين الأكثر أهمية في العلاج، وكذلك في «اليوجا»، هما «لاحظ ذلك» و«ماذا سيحدث بعد ذلك؟». بمجرد أن تبدأ في الاقتراب من جسمك بفضول، وليس خوفًا، يتغير كل شيء.

يغير الوعي بالجسم أيضًا إحساسك بالوقت. تجعلك الصدمة تشعر كما لو أنك عالق إلى الأبد في حالة من الرعب بلا حول ولا قوة. في «اليوجا» تتعلم أن الأحاسيس ترتفع إلى الذروة ثم تنخفض. على سبيل المثال، إذا دعاك أحد المدربين إلى القيام بوضعية مليئة بالتحديات، فقد تشعر في البداية بإحساس بالهزيمة أو المقاومة، وتتوقع أنك لن تكون قادرًا على تحمل المشاعر التي تثيرها هذه الوضعية المحددة. سيشجِّعك مدرس «اليوجا» الجيد على ملاحظة أي توتر مع توقيت ما تشعر به مع تدفُّق أنفاسك: «سنبقي على هذه الوضعية لعشرة أنفاس». يساعدك هذا على توقُّع نهاية الانزعاج ويقوي قدرتك على التعامل مع الضيق الجسدي والعاطفي. الوعي بأن كل التجارب عابرة يغير منظورك إلى نفسك.

لا يعني هذا أن استعادة الحس الداخلي لا يُحتمل أن تكون عملية مزعجة. ماذا يحدث عندما يُختبر إحساس جديد في صدرك على أنه اهتياج، أو خوف، أو قلق؟ في دراستنا الأولى حول «اليوجا»، كان لدينا معدل تسرب بنسبة ٥٠ في المائة، وهو أعلى معدل في أي دراسة أجريناها على الإطلاق. عندما أجرينا مقابلة مع المرضى الذين غادروا المكان، علمنا أنهم وجدوا البرنامج مكثَّفًا للغاية: أي وضعية تضمنت الحوض أدت إلى حالة من الذعر الشديد أو حتى إلى ذكريات مباغتة ولا إرادية لاعتداءات جنسية. أطلقت

الأحاسيس الجسدية الشديدة العنان لشياطين الماضي، التي كانت تحت السيطرة بعناية من خلال التخدير وعدم الانتباه. علَّمنا هذا أن نسير ببطء، غالبًا بوتيرة الحلزون. وقد آتت هذه المقاربة ثمارها: في أحدث دراسة أجريناها، لم يتسرب سوى مشارك واحد من بين أربعة وثلاثين مشاركًا.



آثار حصة «يوجا» أسبوعية. بعد عشرين أسبوعًا، طوَّرت النساء المصابات بصدمات مزمنة تنشيطًا متزايدًا لبنى الدماغ المهمة المشاركة في التنظيم الذاتي: الفص الجزيري وقشرة الفص الجبهي الإنسي.

«اليوجا» وعلم أعصاب الوعي الذاتي

خلال الأعوام القليلة الماضية، أظهر باحثو الدماغ، مثل زميلتَي سارة لازار وبريتا هولزل في جامعة هارفارد، أن التأمل المكثف له تأثير إيجابي في مناطق الدماغ التي تُعَد بالغة الأهمية للتنظيم الذاتي الفسيولوجي[٤٠٧]. في أحدث دراسة «يوجا» قمنا بها، مع ست نساء لديهن تاريخ من الصدمة

المبكرة العميقة، وجدنا أيضًا الدلائل الأولى على أن عشرين أسبوعًا من ممارسة «اليوجا» زادت من تنشيط النظام الذاتي الأساسي، الفص الجزيري وقشرة الفص الجبهي الإنسي (يُنظر الفصل السادس). يحتاج هذا البحث إلى مزيد من العمل، لكنه يفتح آفاقًا جديدة حول كيف يمكن للأفعال التي تتضمَّن ملاحظة الأحاسيس في أجسامنا والتعامل معها أن تُحدِث تغييرات عميقة في كلٍّ من العقل والدماغ يمكن أن تؤدي إلى الشفاء من الصدمة.

بعد كل دراسة من دراسات «اليوجا»، سألنا المشاركين عن تأثير الصفوف فيهم. لم نذكر الفص الجزيري أو الحس الداخلي. في الواقع، أبقينا المناقشة والشرح عند الحد الأدنى حتى يتمكنوا من التركيز على الداخل.

فيما يلي عينة من ردودهم:

- «أشعر بأن مشاعري أقوى. ربما الأمر هو أنه يمكنني التعرف عليها الآن فقط».
- «يمكنني التعبير عن مشاعري بشكل أكبر لأني أستطيع التعرف عليها بشكل أكبر. أشعر بها في جسمي، وأتعرف عليها، وأخاطبها».
- «أرى الآن خيارات، مسارات متعددة. يمكنني أن أقرر وأستطيع اختيار حياتي، فلا داعي لتكرارها أو تجربتها كطفل».
- «تمكَّنت من تحريك جسمي، وأن أكون في جسمي في مكان آمن ومن دون أن أؤذي نفسي/ أتأذَّى».

تعلُّم التواصل

يمكن للأشخاص الذين يشعرون بالأمان في أجسامهم أن يبدأوا في ترجمة الذكريات التي طغت عليهم في السابق إلى لغة. بعد أن مارست آني «اليوجا» ثلاث مرات في الأسبوع لمدة عام تقريبًا، لاحظت أنها صارت قادرة على التحدث معي بحرية أكبر حول ما حدث لها. اعتقدَت أن هذا معجزة تقريبًا.

ذات يوم، عندما أوقعت كوبًا من الماء، نهضتُ من كرسيَّ واقتربت منها بصندوق محارم ورقية، وقلت:

ـ دعيني أنظف ذلك.

أدى هذا إلى رد فعل قصير وشديد الذعر. تمكنت بسرعة من احتواء نفسها، مع ذلك، وشرحت سبب انزعاجها من تلك الكلمات بالذات ـ فتلك هي الكلمات التي اعتاد والدها أن ينطق بها بعد أن يغتصبها. كتبت لي آني بعد تلك الجلسة:

> «هل لاحظت أني تمكنت من نطق الكلمات بصوت عالٍ؟ لم أضطر إلى كتابتها لأخبرك بما كان يحدث. لم أفقد الثقة بك لأنك قلت كلمات أثارتني. فهمت أن الكلمات كانت مثيرة وليست كلمات فظيعة لا ينبغي لأحد أن يقولها».

تواصل آني ممارسة «اليوجا» والكتابة لي عن تجربتها:

> «اليوم، ذهبت إلى حصة «يوجا» صباحية في استوديو «يوجا» جديد أذهب إليه. تحدَّثت المعلمة عن التنفس إلى حافة ما يمكننا، ثم ملاحظة هذه الحافة. قالت إنه إذا لاحظنا أنفاسنا فنحن في الحاضر، لأننا لا نستطيع التنفس في المستقبل أو الماضي. شعرت بالدهشة أن أمارس التنفس بهذه الطريقة فور أن تحدثت معها عن الأمر، كما لو كنت قد تلقيت هدية. بعض الوضعيات يمكن أن تثيرني. اليوم، أثارتني وضعيتان، واحدة حيث تكون ساقاك مثل الضفدع، والأخرى حيث تتنفس بعمق في حوضك. شعرت ببداية الذعر، خصوصًا في وضعية التنفس، وقلت لنفسي: «أوه، لا، هذا ليس جزءًا من جسمي أريد أن أشعر به». لكن، بعد ذلك، تمكنت من إيقاف نفسي وقلت لها: «لاحظي أن هذا الجزء من جسمك يحمل تجارب ثم تجاوزي الأمر. لست مضطرة إلى البقاء هناك ولكن ليس عليك المغادرة أيضًا، فقط استخدمي ما يحدث على أنه معلومات». لم أكن أعرف أني لم أتمكن من فعل ذلك بهذه الطريقة الواعية من قبل. جعلني ذلك أعتقد أنه إذا لاحظت من دون أن أخاف، فسيكون من الأسهل بالنسبة إليَّ أن أصدق نفسي».

في رسالة أخرى، تأمّلت آني التغييرات التي طرأت على حياتها:

«تعلمت شيئًا فشيئًا أن أحظى بمشاعري فقط، من دون أن تخطفني. الحياة أكثر قابلية للإدارة: أنا أكثر انسجامًا مع يومي وأكثر حضورًا في الوقت الحالي. أنا أكثر تسامحًا مع اللمس الجسدي. أنا وزوجي نستمتع بمشاهدة الأفلام وكلانا يحتضن الآخر في الفراش... خطوة كبيرة. كل هذا ساعدني أخيرًا على الشعور بالحميمية مع زوجي».

الفصل السابع عشر

ربط الخيوط بعضها ببعض: القيادة الذاتية

«الإنسان مضيفة تستقبل كل صباح زائرًا جديدًا. فرحة، اكتئاب، خسة، ووعي لحظي يأتي كزائر غير متوقَّع... استقبِلهم واعتنِ بهم جميعًا. عامِل كل ضيف باحترام. الفكرة المظلمة، الخزي، الحقد، استقبِلهم على الباب ضاحكًا، وادعُهم للدخول. كن ممتنًا لكل من يأتي، لأن كل واحد منهم أُرسِل مرشدًا من الجانب الآخر».

– الرومي

«بقدر الأفراد الذين يتعرفون عليه، يمتلك الإنسان ذواتًا اجتماعية».

– ويليام جيمس، «مبادئ علم النفس»

كان ذلك في وقت مبكر من مسيرتي المهنية، وكنت أرى ماري، وهي شابة خجولة، ووحيدة، ومنهارة جسديًّا، لمدة ثلاثة أشهر تقريبًا ضمن علاج نفسي أسبوعي، حيث تعاملنا مع ويلات تاريخها الرهيب من الإيذاء المبكر. وذات يوم، فتحت باب غرفة الانتظار الخاصة بي ورأيتها تقف هناك بشكل استفزازي، مرتدية تنورة قصيرة، وشعرها مصبوغ باللون

الأحمر الناري، وفي يدها فنجان قهوة، وعلى وجهها تعبير امتعاض. قالت:

ـ يجب أن تكون الدكتور فان دير كولك. اسمي جين، وقد جئت لأحذرك من تصديق أيٍّ من الأكاذيب التي تقولها لك ماري. هل يمكنني الدخول وإخبارك عنها؟

صُدمت ولكن لحسن الحظ منعت نفسي من مواجهة «جين»، وبدلًا من ذلك سمعتها. خلال جلستنا لم ألتقِ جين فحسب، بل التقيت أيضًا بفتاة صغيرة مجروحة ومراهق غاضب ذكر. كانت تلك بداية علاج طويل ومثمر.

كانت ماري هي أول لقاء لي مع «اضطراب الهوية الانفصامية» (dissociative identity disorder)، والذي كان يُسمَّى في ذلك الوقت «اضطراب الشخصية المتعددة» (multiple personality disorder). بقدر ما تكون أعراضه دراماتيكية، فإن الانقسام الداخلي وظهور هويات متمايزة، كما يختبرهما المصاب بـ«اضطراب الهوية الانفصامية»، يمثلان فقط النهاية القصوى من طيف الحياة العقلية. إن الإحساس بأننا مسكونون بدوافع أو أجزاء متقاتلة أمر شائع بالنسبة إلينا جميعًا، ولكن بشكل خاص بالنسبة إلى الأشخاص المصابين بصدمات والذين اضطروا إلى اللجوء إلى تدابير قصوى من أجل النجاة. يُعدُّ استكشاف هذه الأجزاء ـ وحتى مصادقتها ـ مكوِّنًا مهمًّا للشفاء.

الأوقات اليائسة تتطلب

إجراءات يائسة

نعلم جميعًا ما يحدث عندما نشعر بالإهانة: نضع كل طاقتنا في حماية أنفسنا، ونطوِّر أي استراتيجيات نجاة في وسعنا تطويرها. قد نقمع مشاعرنا؛ قد نشعر بالحنق ونخطط للانتقام. قد نقرر أن نصبح أقوياء وناجحين بحيث لا يمكن لأحد أن يؤذينا مجددًا. بدأت العديد من السلوكيات المصنَّفة على

أنها مشكلات نفسية، بما في ذلك بعض الهواجس، والإكراهات، ونوبات الذعر، وكذلك معظم السلوكيات المدمِّرة للذات، بوصفها استراتيجيات لحماية الذات. هذه التكيُّفات مع الصدمات يمكن أن تتداخل مع القدرة على الأداء بحيث يعتقد مقدمو الرعاية الصحية والمرضى أنفسهم في كثير من الأحيان أن الشفاء التام بعيد المنال. إن النظر إلى هذه الأعراض على أنها إعاقات دائمة يُضيّق تركيز العلاج على إيجاد النظام الدوائي المناسب، الذي يمكن أن يؤدي إلى اعتمادية تستمر مدى الحياة ـ كما لو أن الناجين من الصدمات مثل مرضى الكلى الذين يخضعون لغسيل كلوي[٤٠٨].

من الأفضل بكثير رؤية العدوانية أو الاكتئاب، الغطرسة أو السلبية كسلوكيات مكتسبة: في مكان ما على طول الخط، يعتقد المريض أنه لا يمكنه النجاة إلا إذا كان قاسيًا، أو غير مرئي، أو غائبًا، أو أن الأكثر أمانًا هو الاستسلام. مثل الذكريات الصادمة التي تواصل التَّطفل حتى يُوضع لها حد، تستمر التكيفات الصادمة حتى يشعر الجهاز العضوي البشري بالأمان ويُدمج جميع أجزاء نفسه العالقة في القتال أو درء الصدمة.

كل ناجٍ من الصدمة قابلته يصمد بطريقته الخاصة، وكل قصة من قصصهم تُذهلنا بكيف يتأقلم الناس مع الأمر. إن معرفة مقدار الطاقة الذي يتطلبه فعل النجاة المحض تمنعني من أن أتفاجأ بالثمن الذي يدفعونه غالبًا: عدم وجود علاقة حب مع أجسامهم، وعقولهم، وأرواحهم.

التأقلم له خسائره. بالنسبة إلى العديد من الأطفال، يكون كره أنفسهم أكثر أمانًا من المخاطرة بعلاقتهم مع القائمين على رعايتهم بالتعبير عن الغضب أو الهروب. نتيجة لذلك، من المرجح أن يكبر الأطفال المعتدى عليهم معتقدين أنهم غير محبوبين في الأساس؛ هذه هي الطريقة الوحيدة التي يمكن لعقولهم الصغيرة من خلالها أن تشرح سبب معاملتهم بشكل سيئ. إنهم ينجون من خلال إنكار، وتجاهل، وفصل أجزاء كبيرة من الواقع: ينسون الإساءة؛ يقمعون اهتياجهم أو يأسهم؛ يخدِّرون أحاسيسهم

الجسدية. إذا تعرَّضت للإيذاء طفلًا، فمن المحتمل أن يكون لديك جزء طفولي يعيش بداخلك تجمَّد في الوقت، ولا يزال متمسكًا بقوة بهذا النوع من كراهية الذات والإنكار. يقع العديد من البالغين الذين نجوا من تجارب مروِّعة في الفخ نفسه. يمكن أن يكون التخلُّص من المشاعر الحادة تكيُّفيًّا بقوة على المدى القصير. قد يساعدك في الحفاظ على كرامتك واستقلالك؛ قد يساعدك في الحفاظ على التركيز على المهام الحاسمة مثل إنقاذ رفيق، أو رعاية أطفالك، أو إعادة بناء منزلك.

تأتي المشكلات في وقت لاحق. بعد رؤية صديق مفجَّرًا، قد يعود جنديٌّ إلى الحياة المدنية ويحاول إخراج التجربة من ذهنه. يعرف جزء حمائي منه كيف يكون مؤهَّلًا في وظيفته وكيف يتعامل مع زملائه. لكنه قد ينفجر عادةً في حالة من الغضب تجاه صديقته أو يصبح مخدرًا ومتجمِّدًا عندما تُشعره متعة الاستسلام للمستها بأنه يفقد السيطرة. ربما لن يدرك أن عقله يربط تلقائيًّا بين الاستسلام السلبي والشلل الذي شعرَ به عندما قُتل صديقه. لذا، يتدخل جزء حمائي آخر لخلق تحويل: يغضب، ولأنه لا يمتلك أدنى فكرة عن سبب انزعاجه، يعتقد أنه غاضب من شيء فعلته صديقته. بالطبع، إذا استمر في الانفجار في وجهها (وفي وجه صديقاته اللاحقات)، فسوف يصبح أكثر فأكثر عزلة. لكنه قد لا يدرك أبدًا أن جزءًا مصابًا بالصدمة يُثار بالسلبية، وأن جزءًا آخر، مدير غاضب، يتدخل لحماية هذا الجزء الضعيف. إنه بمساعدة هذه الأجزاء على التخلي عن معتقداتها القصوى يمكن للعلاج أن ينقذ حياة الناس.

كما رأينا في الفصل الثالث عشر، تتمثل المهمة المركزية للتعافي من الصدمة في تعلم التعايش مع الذكريات من دون أن تغمرك في الوقت الحاضر. لكن معظم الناجين، بمن فيهم أولئك الذين يؤدون بشكل جيد ـ بل وببراعة ـ في بعض جوانب حياتهم، يواجهون تحديًا آخر أكبر: إعادة تشكيل نظام دماغ/ عقل بُني للتعامل مع الأسوأ. مثلما نحتاج إلى إعادة

النظر في الذكريات الصادمة من أجل دمجها، نحتاج إلى إعادة النظر في تلك الأجزاء من أنفسنا التي طورت العادات الدفاعية التي ساعدتنا على النجاة.

العقل عبارة عن فسيفساء

كلنا لدينا أجزاء. يشعر جزء مني الآن وكأنه يريد أن يأخذ قيلولة؛ جزء آخر يريد الاستمرار في الكتابة. ما زلت أشعر بالجرح بسبب رسالة بريد إلكتروني مسيئة، ويريد جزء مني النقر على «رد» وكتابة شيء لاذع، بينما يريد جزء آخر تجاهل الأمر. رأى معظم الناس الذين يعرفونني أجزائي الحادة، والصادقة، وسريعة الانفعال؛ البعض التقى بالكلب الصغير المزمجر الذي يعيش بداخلي. يستذكر أطفالي الذهاب في إجازات عائلية مع أجزائي المرحة والمغامرة.

عندما تدخل إلى المكتب في الصباح وترى العاصفة تغمر رأس رئيسك في العمل، تعرف بالضبط ما القادم. ذلك الجزء الغاضب له نغمة صوتية، ومفردات، ووضعية جسم مميزة - تختلف تمامًا عن الأمس، عندما شاركت صورًا لأطفالك. الأجزاء ليست مجرد مشاعر ولكنها طرق مختلفة للوجود، لها معتقداتها، وأجنداتها، وأدوارها في البيئة الشاملة لحياتنا.

يعتمد مدى توافقنا مع أنفسنا بشكل كبير على مهارات القيادة الداخلية الخاصة بنا - مدى حسن استماعنا للأجزاء المختلفة، والتأكد من أنها تشعر بالعناية، ومنعها من تخريب بعضها ببعض. غالبًا ما تظهر الأجزاء كمطلقات بينما هي في الواقع تُمثِّل عنصرًا واحدًا فقط في كوكبة معقدة من الأفكار، والعواطف، والأحاسيس. إذا صرخت مارجريت قائلة «أكرهك!» في خضم جدل، ربما يعتقد جو أنها تحتقره - وفي تلك اللحظة قد توافق مارجريت على ذلك. لكن في الحقيقة، جزء منها فقط غاضب، وهذا الجزء يُخفي مؤقتًا مشاعرها السخية والحنونة، التي قد تعود عندما ترى الدمار على وجه جو.

تدرك كل مدرسة رئيسية في علم النفس أن الناس لديهم شخصيات فرعية وتمنح هذه الشخصيات أسماءً مختلفة[٤٠٩]. في عام ١٨٩٠، كتب ويليام جيمس: «يجب الاعتراف بأنه... قد ينقسم الوعي الكلي الممكن إلى أجزاء تتعايش، ولكن يتجاهل بعضها بعضًا، وتتقاسم موضوعات المعرفة فيما بينها»[٤١٠]. وكتب كارل يونج: «النفس هي نظام ذاتي التنظيم يحافظ على توازنه تمامًا كما يفعل الجسم»[٤١١]، و«الحالة الطبيعية للنفسية البشرية تتكون من تزاحم بين مكوناتها وداخل سلوكها المتناقض»[٤١٢]، و«التوفيق بين هذه الأضداد مشكلة كبيرة. وبالتالي، فإن الخصم ليس سوى «الآخر الذي في داخلي»»[٤١٣].

أكد علم الأعصاب الحديث هذا المفهوم للعقل بوصفه نوعًا من المجتمع. خلص مايكل جازانيجا، الذي أجرى بحثًا رائدًا حول الدماغ المنقسم، إلى أن العقل يتكوَّن من وحدات وظيفية شبه مستقلة، لكلٍّ منها دور خاص[٤١٤]. كتب في «الدماغ الاجتماعي» (*The Social Brain*) (١٩٨٥): «لكن ماذا عن فكرة أن الذات ليست كائنًا موحدًا، وأنه قد توجد بداخلنا عدة عوالم للوعي؟... من دراساتنا [حول الدماغ المنقسم] تبرز فكرة جديدة مفادها أن هناك العديد من الذوات حرفيًّا، والتي لا «تتحدث» بالضرورة بعضها مع بعض داخليًّا»[٤١٥]. أعلن مارفن مينسكي، وهو عالم بـ«معهد ماساتشوستس للتكنولوجيا» ورائد في مجال الذكاء الاصطناعي أن «أسطورة الذات الواحدة يمكنها فقط تحويلنا عن هدف هذا التحقيق[٤١٦]. قد يكون من المنطقي التفكير في وجود مجتمع من عقول مختلفة داخل دماغك. مثل أعضاء الأسرة، يمكن أن تعمل العقول المختلفة معًا لمساعدة بعضها بعضًا، مع احتفاظ كلٍّ منها بتجارب عقلية خاصة لا تعرف البقية شيئًا عنها»[٤١٧].

المعالجون المدرَّبون على رؤية الناس بعدِّهم بشرًا معقدين يتمتعون بخصائص وإمكانات متعددة يمكنهم مساعدتهم على استكشاف نظام

أجزائهم الداخلية والعناية بالجوانب الجريحة من أنفسهم. هناك العديد من مقاربات العلاج هذه، بما في ذلك نموذج التفكك البنيوي الذي طوره الزميلان الهولنديان أونو فان دير هارت وإليرت نيجينهويس، والباحثة التي تتخذ من أتلانتا مقرًّا لها كاثي ستيل، والذي يُمارَس على نطاق واسع في أوروبا، وعمل ريتشارد كلوفت في الولايات المتحدة[٤١٨].

بعد عشرين عامًا من العمل مع ماري، التقيتُ ريتشارد شوارتز، مطور علاج «أنظمة الأسرة الداخلية» (internal family systems). من خلال عمله، أخذَت استعارة «الأسرة» عند مينسكي حياة حقيقية بالنسبة إليَّ وقدمت طريقة منهجية للعمل مع الأجزاء المنقسمة الناتجة عن الصدمة. في صميم «أنظمة الأسرة الداخلية» تأتي فكرة أن عقل كل واحد منَّا يشبه الأسرة التي تكون لأفرادها مستويات مختلفة من النضج، والإثارة، والحكمة، والألم. تشكل الأجزاء شبكة أو نظامًا يؤثر فيه التغيير في أي جزء على الأجزاء الأخرى.

ساعدني نموذج «أنظمة الأسرة الداخلية» على إدراك أن الانفصال يحدث في سلسلة متصلة. في حالة الصدمة ينهار النظام الذاتي، وتصبح أجزاء من الذات مستقطبة وتدخل في حرب بعضها ضد بعض. كراهية الذات تتعايش (وتحارب) مع العظمة؛ حب الرعاية مع الكراهية؛ التخدير والسلبية مع الاهتياج والعدوان. هذه الأجزاء المتطرفة تتحمل عبء الصدمة.

في «أنظمة الأسرة الداخلية»، لا يُعدُّ الجزء مجرد حالة عاطفية عابرة أو نمط تفكير اعتيادي بل نظامًا عقليًّا متميزًا له تاريخه، وقدراته، واحتياجاته، ونظرته للعالم[٤١٩]. تضخ الصدمة الأجزاء بمعتقدات وعواطف تسرقها من حالتها الطبيعية القيمة. على سبيل المثال، لدينا جميعًا أجزاء طفولية وممتعة. عندما نتعرض للإساءة، فإن هذه هي الأجزاء التي تتأذَّى بشدة، وتتجمَّد، وتحمل الألم، والرعب، وخيانة الإساءة. هذا العبء يجعلها سامة ـ أجزاء من أنفسنا نحتاج إلى إنكارها بأي ثمن. ولأنها محبوسة في الداخل، تسميها «أنظمة الأسرة الداخلية» بـ«المنفيين».

في هذه المرحلة، تُنظِّم أجزاء أخرى لحماية الأسرة الداخلية من المنفيين. يُبقي هؤلاء الحماة الأجزاء السامَّة بعيدًا، ولكن عند القيام بذلك يستهلكون بعضًا من طاقة المعتدي. يمكن للمديرين الناقدين والساعين للكمال التأكد من أننا لا نقترب أبدًا من أي شخص أو يدفعوننا إلى أن نكون منتجين بلا هوادة. مجموعة أخرى من الحماة، والتي تسميها «أنظمة الأسرة الداخلية» «رجال الإطفاء»، عبارة عن مستجيبين للطوارئ؛ يتصرفون باندفاع كلما أثارت تجربة ما عاطفة منفية.

كل جزء منفصل يحمل ذكريات، ومعتقدات، وأحاسيس جسدية مختلفة؛ البعض يشعر بالخزي، والبعض بالاهتياج، والبعض بالمتعة والإثارة، والبعض الآخر بالوحدة الشديدة أو الامتثال الشائن. هذه كلها جوانب من تجربة الإساءة. الفكرة الحاسمة هي أن كل هذه الأجزاء لها وظيفة: حماية الذات من الشعور بالرعب الكامل للإبادة.

غالبًا ما يُشخَّص الأطفال الذين يعبِّرون بشكل مشاكس عن ألمهم بدلًا من حبسه بـ«سلوك التحدي والمعارضة» (oppositional defiant behavior) أو «اضطراب التعلُّق» (attachment disorder) أو «اضطراب السلوك» (conduct disorder). لكن هذه التسميات تتجاهل حقيقة أن الاهتياج والانسحاب ليسا سوى وجهين لمجموعة كاملة من المحاولات اليائسة للنجاة. إن محاولتك التحكم في سلوك طفل بينما تفشل في معالجة المشكلة الأساسية ـ الإساءة ـ تؤدي إلى علاجات غير فعَّالة في أحسن الأحوال وضارة في أسوأ الأحوال. عندما يكبر، لا تندمج أجزاؤه تلقائيًّا في شخصية متماسكة ولكنها تستمر في قيادة وجود مستقل نسبيًّا.

قد تكون الأجزاء «الخارجة» غير مدركة تمامًا للأجزاء الأخرى من النظام[٤٢٠]. معظم الرجال الذين قيَّمتهم فيما يتعلق بمرورهم بتحرش جنسي في طفولتهم على يد قساوسة كاثوليك، تناولوا «الستيرويدات البنائية» وقضوا وقتًا طويلًا في صالة الألعاب الرياضية يرفعون الحديد. عاش لاعبو كمال

الأجسام القهريون في ثقافة رجولية من العَرَق، وكرة القدم، والبيرة، حيث أُخفي الضعف والخوف بعناية. فقط بعد أن شعروا بالأمان معي، قابلت الأطفال المذعورين بداخلهم.

قد يكره المرضى أيضًا الأجزاء الخارجة: الأجزاء الغاضبة، أو المدمِّرة، أو الناقدة. لكن «أنظمة الأسرة الداخلية» تقدم إطارًا لفهمها ـ ومن المهم أيضًا التحدث عنها بطريقة لا تُضفي عليها الطبيعة المرضية. إدراك أن كل جزء عالق بأعباء من الماضي واحترام وظيفته في النظام العام يجعله أقل تهديدًا أو إرهاقًا.

كما يقول شوارتز: «إذا قبِل المرء الفكرة الأساسية القائلة إن لدى الناس دافعًا فطريًّا نحو رعاية صحتهم، فهذا يعني أنه عندما يعاني الأشخاص مشكلات مزمنة، فإن شيئًا ما يعوق الوصول إلى الموارد الداخلية. وإدراكًا لذلك، فإن دور المعالجين هو التعاون بدلًا من التدريس، أو المواجهة، أو سد الثغرات في نفسيتك»[٤٢١]. تتمثل الخطوة الأولى في هذا التعاون في طمأنة النظام الداخلي بأن جميع الأجزاء مرحَّب بها وأنها جميعًا ـ حتى تلك التي تنطوي على الانتحار أو التدمير ـ شُكِّلت في محاولة لحماية النظام الذاتي، بصرف النظر عن مدى ظهورها الآن في شكل المهددة لهذا النظام.

القيادة الذاتية

يدرك علاج «أنظمة الأسرة الداخلية» أن تنمية القيادة الذاتية الواعية هي الأساس للشفاء من الصدمة. إن اليقظة العقلية لا تجعل من الممكن فقط تتبُّع المشهد الداخلي لدينا بالرحمة والفضول، بل يمكنها أيضًا توجيهنا بنشاط في الاتجاه الصحيح للرعاية الذاتية. يمكن لجميع الأنظمة ـ العائلات، أو المنظمات، أو الأمم ـ أن تعمل بفعالية فقط إذا كانت لديها قيادة محددة بوضوح ومؤهَّلة. الأسرة الداخلية لا تختلف: يجب الاهتمام بجميع جوانب

أنفسنا. يجب على القائد الداخلي توزيع الموارد المتاحة بحكمة وتقديم رؤية للكل تأخذ جميع الأجزاء في الحسبان.

كما يوضح ريتشارد شوارتز:

> يختلف النظام الداخلي لضحية الإساءة عن نظام من لم يتعرَّض للإساءة فيما يتعلق بالغياب المستمر للقيادة الفعَّالة، والقواعد المتطرِّفة التي تعمل بموجبها الأجزاء، وغياب أي توازن أو تناغم ثابت. عادةً ما تدور الأجزاء حول افتراضات ومعتقدات قديمة مستمدَّة من إساءة المعاملة في وقت الطفولة، معتقدة، على سبيل المثال، أنه لا يزال من الخطير للغاية الكشف عن أسرار حول تجارب الطفولة التي تُحمِّلَت[٤٢٢].

ماذا يحدث عندما لا تكون الذات مسيطرة؟ يسمِّي علاج «أنظمة الأسرة الداخلية» هذا بـ«المزج»: حالة تعرِّف فيها الذات نفسها بجزء، كما في «أريد أن أقتل نفسي» أو «أكرهك». لاحِظ الاختلاف بين «جزء مني يتمنى لو كنت ميتًا» و«يُحرِّض جزء مني عندما تفعل ذلك ويجعلني أرغب في قتلك».

يقدم شوارتز تأكيدين يوسعان مفهوم اليقظة العقلية إلى عالم القيادة النشطة. الأول هو أن هذه الذات لا تحتاج إلى تنميتها أو تطويرها. تحت سطح الأجزاء الحامية للناجين من الصدمة، يوجد جوهر غير تالف، ذات تتمتع بالثقة، والفضول، والهدوء، ذات حُميت من الدمار من قِبل مختلف الحماة الذين بذلوا الجهد لضمان النجاة. بمجرد أن يثق هؤلاء الحماة بأنه من الآمن الفصل، ستظهر الذات تلقائيًّا، ويمكن إدراج الأجزاء في عملية الشفاء.

الافتراض الثاني هو أنه بدلًا من أن تكون مراقِبة سلبية، يمكن لهذه الذات الواعية أن تساعد في إعادة تنظيم النظام الداخلي والتواصل مع الأجزاء بطرق تساعد تلك الأجزاء على الثقة بوجود شخص بالداخل يمكنه التعامل مع الأشياء. مجددًا، تُظهِر أبحاث علم الأعصاب أن هذه ليست مجرد استعارة.

تزيد اليقظة العقلية من تنشيط قشرة الفص الجبهي الإنسي، وتقلل من تنشيط بِنى مثل اللوزة الدماغية التي تثير استجاباتنا العاطفية. هذا يزيد من سيطرتنا على الدماغ العاطفي.

وعلى نحو يزيد حتى على تشجيع العلاقة بين المعالج والمريض العاجز، يركز علاج «أنظمة الأسرة الداخلية» على تنمية علاقة داخلية بين الذات والأجزاء الحامية المختلفة. في هذا النموذج من العلاج، لا تشهد الذات أو تراقب بشكل سلبي فقط، كما هي الحال في بعض تقاليد التأمُّل؛ بل لها دور قيادي نَشِط. تشبه الذات قائد «الأوركسترا» الذي يساعد جميع الأجزاء على العمل بانسجام كـ«سيمفونية» بدلًا من نشاز.

التعرف على المشهد الداخلي

تتمثل مهمة المعالج في مساعدة المرضى على فصل هذا المزيج المربك إلى كيانات منفصلة، حتى يتمكنوا من قول: «هذا الجزء مني يشبه الطفل الصغير، وذاك الجزء مني أكثر نضجًا ولكنه يشعر وكأنه ضحية». قد لا يحبون كثيرًا من هذه الأجزاء، ولكن تحديدها يجعلها أقل ترهيبًا أو إرباكًا. تتمثل الخطوة التالية في تشجيع المرضى على أن يطلبوا ببساطة من كل جزء حمائي عند ظهوره «التراجع» مؤقتًا حتى نتمكن من رؤية ما يحميه. عندما يحدث ذلك مرارًا وتكرارًا، تبدأ الأجزاء في الانفصال عن الذات وتفسح المجال للمراقبة الذاتية اليقظة عقليًّا. يتعلم المرضى تعليق خوفهم، أو اهتياجهم، أو اشمئزازهم والانفتاح على حالات من الفضول والتأمل الذاتي. من المنظور المستقر للذات، يمكنهم بدء حوارات داخلية بنَّاءة مع أجزائهم.

يُطلب من المرضى تحديد الجزء المتورط في المشكلة الحالية، مثل الشعور بعدم القيمة، أو الهجران، أو الهوس بالأفكار الانتقامية. وفيما يسألون أنفسهم: «ماذا بداخلي يشعر بهذه الطريقة؟» قد تتبادر إلى الذهن صورة[٤٢٣]. ربما يبدو الجزء المصاب بالاكتئاب مثل طفل مهجور، أو رجل

مسن، أو ممرضة غارقة في رعاية الجرحى؛ قد يظهر جزء الانتقام على أنه جندي من مشاة البحرية أو عضو في عصابة شوارع.

بعد ذلك، يسأل المعالج: «ما شعورك تجاه ذلك الجزء (الحزين، الانتقامي، المرعوب) منك أنت؟». يُمهِّد هذا الطريق للمراقبة الذاتية اليقظة عقليًّا من خلال فصل «أنت» عن الجزء المعني. إذا كانت لدى المريض استجابة شديدة مثل «أكره ذلك»، فإن المعالج يعرف أن الذات ممزوجة بجزء حمائي آخر. قد يسأل بعد ذلك: «انظر ما إذا كان الجزء الذي يكره ذلك سيتراجع». ثم غالبًا ما يُشكر الجزء الحامي على حذره ويُطمأن أنه يمكنه العودة في أي وقت عند الحاجة. إذا كان الجزء الحامي مستعدًّا، فإن سؤال المتابعة هو: «كيف تشعر تجاه الجزء (المرفوض سابقًا) الآن؟». من المرجح أن يقول المريض شيئًا مثل: «أتساءل لماذا هو (حزين، انتقامي، إلخ) للغاية». هذا يمهِّد الطريق للتعرف على الجزء بشكل أفضل ـ على سبيل المثال، من خلال الاستفسار عن عمره وكيف أصبح يشعر بالطريقة التي يشعر بها.

بمجرد أن يُظهر المريض كتلة حرجة من الذات، يبدأ هذا النوع من الحوار في الحدوث تلقائيًّا. في هذه المرحلة، من المهم أن يتنحَّى المعالج جانبًا ويراقب الأجزاء الأخرى التي قد تتدخل، أو يُدلي بتعليقات تعاطفية من حين إلى آخر، أو يطرح أسئلة مثل: «ماذا تقول للجزء المتعلق عن ذلك؟» أو «أين تريد أن تذهب الآن؟» أو «ما الذي قد تبدو عليها الخطوة التالية الصحيحة؟»، بالإضافة إلى السؤال الاكتشافي الذاتي واسع الانتشار: «ما شعورك تجاه هذا الجزء الآن؟».

حياة في أجزاء

جاءت جوان لرؤيتي لمساعدتها على إدارة نوبات الغضب التي لا يمكن السيطرة عليها والتعامل مع شعورها بالذنب بشأن علاقاتها الغرامية العديدة،

التي كان آخرها مع مدرب التنس الخاص بها. كما عبَّرت عن الأمر في جلستنا الأولى:

ـ أنتقل من كوني امرأة محترفة رائعة إلى طفلة متذمِّرة، إلى عاهرة غاضبة، إلى آلة أكل بلا شفقة في غضون عشر دقائق. ليس لديَّ أي فكرة عن أيٍّ من هؤلاء أنا حقًّا.

عند هذه النقطة من الجلسة، كانت جوان قد انتقدت بالفعل المطبوعات الموجودة على حائطي، وأثاثي المتهالك، ومكتبي الفوضوي. كان الهجوم أفضل دفاع لها. كانت تستعدُّ لأن تُجرح مجددًا ـ ربما سأخذلها، كما فعل الكثير من الناس من قبل. كانت تعلم أنه لكي ينجح العلاج، عليها أن تجعل نفسها هشَّة، ولذلك كان عليها أن تكتشف ما إذا كان بإمكاني تحمُّل غضبها، وخوفها، وحزنها. أدركتُ أن الطريقة الوحيدة لمواجهة موقفها الدفاعي ستكون من خلال إظهار مستوى عالٍ من الاهتمام بتفاصيل حياتها، وإظهار دعم ثابت على المخاطرة التي تحملتها في التحدث معي، وقبول الأجزاء التي تخجل منها أكثر من غيرها.

سألت جوان عما إذا كانت قد لاحظت الجزء الناقد في نفسها. اعترفت بأنها فعلت ذلك، وسألتها عن شعورها تجاه هذه الناقدة. سمح لها هذا السؤال الرئيسي بالبدء في الانفصال عن هذا الجزء والوصول إلى نفسها. ردت جوان بأنها تكره هذه الناقدة لأنها تذكرها بأمها. عندما سألتها ما الذي قد يحميه هذا الجزء الناقد، هدأ غضبها، وأصبحت أكثر فضولًا وتفكيرًا:

ـ أتساءل لماذا وجدت أنه من الضروري شتمي ببعض الشتائم التي كانت أمي تشتمني بها، وأسوأ من ذلك.

تحدثت عن مدى خوفها في أثناء نشأتها من أمها، وكيف شعرت أنها لا تستطيع فعل أي شيء بشكل صحيح. من الواضح أن الناقد كان مديرًا: لم يقتصر الأمر على حمايته جوان مني، بل كان يحاول استباق انتقادات أمها.

خلال الأسابيع القليلة التالية، أخبرتني جوان أنها تعرضت للتحرش

الجنسي على يد حبيب أمها، ربما في الوقت الذي كانت فيه في الصف الأول أو الثاني. ظنت أنها «أُتلِفَت» فيما يتعلق بالعلاقات الحميمية. بينما كانت متطلبة وناقدة لزوجها، الذي كانت تفتقر إلى أي رغبة جنسية نحوه، كانت متحمسة ومتهورة في علاقتها الغرامية. لكن هذه العلاقات كانت تنتهي دائمًا بطريقة مماثلة: في منتصف المضاجعة، تشعر بالرعب فجأة، وتلتف على شكل كرة، وتتذمَّر مثل فتاة صغيرة. تركتها هذه المشاهد مرتبكة ومشمئزة، وبعد ذلك لم تستطِع تحمل أن تفعل شيئًا آخر مع حبيبها.

مثل مارلين التي التقينا بها في الفصل الثامن، أخبرتني جوان أنها تعلَّمت أن تجعل نفسها تختفي عندما تتعرض للتحرش، وتطفو فوق المشهد كما لو كان ذلك يحدث لفتاة أخرى. أدى دَفْع التحرش بعيدًا عن عقلها إلى تمكين جوان من الحصول على حياة مدرسية طبيعية من النوم خارج المنزل عند زميلاتها، وتكوين صداقات مع غيرها من الفتيات، والانخراط في رياضات جماعية. بدأت المشكلة في فترة المراهقة، عندما طوَّرت نمط احتقارها المتجمد للأولاد الذين يعاملونها معاملة حسنة ولممارسة الجنس العرضي الذي جعلها تشعر بالإذلال والخجل. أخبرتني أن الشره المرضي بالنسبة إليها أشبه ما يكون بهزات الجماع بالنسبة إلى الآخرين، وممارسة الجنس مع زوجها بالنسبة إليها أشبه ما تكون بالقيء بالنسبة إلى الآخرين. بينما قُسِمت (فُصلت) ذكريات محددة عن تعرُّضها لإساءة المعاملة، استمرت من دون قصد في إعادة تمثيلها.

لم أحاول أن أشرح لها سبب شعورها بالغضب، أو الذنب، أو الانغلاق الشديدين ـ اعتقدتْ بالفعل أنها سلعة تالفة. في العلاج، كما هي الحال في معالجة الذاكرة، يُعدُّ التموُّج ـ المقاربة التدريجية التي ناقشتها في الفصل الثالث عشر ـ مركزيًّا. لكي تكون جوان قادرة على التعامل مع بؤسها وجرحها، علينا تجنيد قوتها وحبها لذاتها، ما يمكنها من شفاء نفسها.

كان هذا يعني التركيز على مواردها الداخلية العديدة وتذكير نفسي بأني لا أستطيع أن أمنحها الحب والاهتمام اللذين افتقرت إليهما وهي طفلة. إذا حاولت، بوصفك معالجًا، أو معلّمًا، أو مرشدًا، سد ثغرات الحرمان المبكر، فإنك تصطدم بحقيقة أنك الشخص الخطأ، في الوقت الخطأ، في المكان الخطأ. سيركز العلاج على علاقة جوان بأجزائها وليس بي.

اللقاء بالمديرين

مع تقدم علاج جوان، حددنا عديدًا من الأجزاء المختلفة التي كانت مسيطرة في أوقات مختلفة: الجزء الطفولي العدواني الذي تسبب في نوبات الغضب، والجزء المراهق العابث، والجزء الانتحاري، والمدير المهووس، والأخلاقي المتعجرف، وما إلى ذلك. كالعادة، التقينا بالمديرين أولًا. كانت مهمتهم منع الإذلال والهجر والحفاظ عليها منظَّمة وآمنة. قد يكون بعض المديرين عدوانيين، مثل الناقدة عند جوان، بينما يتسم الآخرون بالمطالبة بالكمال أو التحفظ، حريصين على عدم لفت الانتباه كثيرًا إلى أنفسهم. قد يطلبون منًّا أن نغض الطرف عما يجري وأن نبقى سلبيين لتجنب المخاطر. يتحكم المديرون الداخليون أيضًا في مدى وصولنا إلى المشاعر، حتى لا يشعر النظام الذاتي بالانغمار.

يتطلب الأمر قدرًا هائلًا من الطاقة لإبقاء النظام تحت السيطرة. قد يؤدي تعليق تغزُّل واحد إلى إثارة عدة أجزاء في وقت واحد: جزء يُثار جنسيًّا بشدة، وآخر يمتلئ بكراهية الذات، وثالث يحاول تهدئة الأمور عن طريق تشويه الذات. يخلق مديرون آخرون الهواجس والإلهاءات أو ينكرون الواقع تمامًا. لكن يجب أن يُقارَب كل جزء بعدِّه حاميًا داخليًّا يحتفظ بموقع دفاعي مهم. يتحمل المديرون أعباء مسؤولية ضخمة وعادةً ما ينخرطون بشكل تام.

بعض المديرين على درجة عالية من الكفاءة. يشغل العديد من مرضاي مناصب مسؤولة ويقومون بوظائف مهنية متميزة، ويمكنهم أن يكونوا آباء

يقظين بشكل رائع. أسهمت المديرة النقدية عند جوان بلا شك في نجاحها بوصفها طبيبة عيون. والعديد من المرضى من المعلمين أو الممرضين من ذوي المهارات العالية. على الرغم من أن زملاءهم ربما يكونون قد عدُّوهم بعيدين أو متحفِّظين بعض الشيء، فمن المحتمل أن يندهشوا إذا اكتشفوا أن زملاءهم المثاليين في العمل قد تورطوا في تشويه الذات، أو اضطرابات الأكل، أو الممارسات الجنسية الغريبة.

بدأت جوان تدرك تدريجيًّا أنه من الطبيعي أن تمر في الوقت نفسه بمشاعر أو أفكار متضاربة، ما منحها مزيدًا من الثقة لمواجهة المهمة التي تنتظرها. بدلًا من الاعتقاد بأن الكراهية استهلكت كيانها بالكامل، تعلّمت أن جزءًا منها فقط يشعر بالشلل بسبب ذلك. ومع ذلك، بعد تقييم سلبي في العمل، دخلت جوان في حالة من الانهيار الشديد، ووبّخت نفسها لعدم حماية نفسها، ثم شعرت بالتشبُّث، والضعف، والعجز. عندما طلبت منها أن ترى أين يقع هذا الجزء الضعيف في جسمها وكيف تشعر تجاهه، قاومت. أخبرتني أنها لا تستطيع تحمُّل تلك الفتاة المتذمرة غير الكفؤة التي جعلتها تشعر بالحرج والازدراء تجاه نفسها. اشتبهتُ في أن هذا الجزء يحمل كثيرًا من ذكرى إساءة المعاملة التي مرت بها، وقررت عدم الضغط عليها في هذه المرحلة. غادرت مكتبي مسحوبة ومنزعجة.

في اليوم التالي، داهمت الثلاجة ثم أمضت ساعات تتقيأ الطعام الذي أكلته. عندما عادت إلى مكتبي، أخبرتني أنها تريد أن تقتل نفسها وتفاجأتْ لأني بدوت فضوليًّا وغير إدانيٍّ حقًّا ولأني لم أدِنها بسبب الشره المرضي أو النزعة الانتحارية. عندما سألتها عن الأجزاء المنخرطة في ذلك، عاد الجزء الناقد وصرخ قائلًا:

ـ إنها مقرفة.

عندما طلبتْ من هذا الجزء أن يتراجع، قال الجزء التالي:

ـ لن يحبني أحد أبدًا.

تلاه الجزء الناقد مرة أخرى، وأخبرني أن أفضل طريقة لمساعدتها هي تجاهل كل تلك الضوضاء وزيادة أدويتها.

بالطبع، من خلال رغبتهم في حماية أجزائها المصابة، كان هؤلاء المديرون يؤذونها عن غير قصد. ولذلك، ظللت أسألهم عما يعتقدون أنه سيحدث إذا تراجعوا. أجابت جوان:

ـ الناس سوف يكرهونني.

وأضافت:

ـ سأكون وحيدة ومشردة في الشارع.

وأعقبت ذلك ذكرى: أخبرتها أمها أنها إذا عصتها، فسوف تُتَبَنَّى ولن ترى أخواتها أو كلبها مرة أخرى. عندما سألتها كيف تشعر حيال تلك الفتاة الخائفة في الداخل، بكت وقالت إنها شعرت بالسوء حيالها. الآن، عادت ذاتها، وكنتُ واثقًا بأننا قمنا بتهدئة النظام، ولكن تبين أن هذه الجلسة سابقة لأوانها.

إطفاء اللهب

في الأسبوع التالي، فوَّتت جوان موعدها. تسببنا في إثارة منفييها، ودخل رجال الإطفاء الخاصون بها في حالة من الهياج. كما أخبرتني لاحقًا، في المساء بعد أن تحدثنا عن رعبها من وضعها في رعاية بالتبني، شعرت كما لو أنها ستنفجر من نفسها. ذهبت إلى الحانة وأخذت رجلًا. عادت إلى المنزل متأخرة، شعثاء، وفي حالة سُكر، ورفضت التحدث إلى زوجها ونامت في غرفة المعيشة. في صباح اليوم التالي، تصرفت وكأن شيئًا لم يحدث.

رجال الإطفاء سيفعلون أي شيء للتخلص من الألم العاطفي. بصرف النظر عن مشاركة مهمَّة إبقاء المنفيين محبوسين، فهم على عكس المديرين: المديرون همُّهم كله الحفاظ على السيطرة، بينما يقوم رجال الإطفاء بتدمير المنزل من أجل إطفاء الحريق. سيستمر الصراع بين المديرين المتوترين

ورجال الإطفاء الخارجين عن السيطرة حتى يُسمح للمنفيين، الذين يتحملون عبء الصدمة، بالعودة إلى البيت والحصول على الرعاية.

أي شخص يتعامل مع الناجين سيواجه رجال الإطفاء هؤلاء. قابلت رجال إطفاء يتسوقون، أو يشربون، أو يلعبون ألعاب الكمبيوتر بإدمان، أو لديهم علاقات غرامية متهورة، أو يمارسون الرياضة بشكل قهري. يمكن للقاء دنيء أن يخفف من رعب وخزي الطفل المعتدى عليه، ولو لبضع ساعات فقط.

من المهم أن نتذكر أن رجال الإطفاء، في جوهرهم، يحاولون يائسين حماية النظام. على عكس المديرين، الذين عادةً ما يكونون متعاونين بشكل سطحي في أثناء العلاج، لا يتراجع رجال الإطفاء: يرمون الإهانات ويغادرون الغرفة. رجال الإطفاء محمومون، وإذا سألتهم ماذا سيحدث إذا توقفوا عن أداء عملهم، تكتشف أنهم يعتقدون أن مشاعر المنفى ستدمِّر النظام الذاتي بأكمله. هم أيضًا غافلون عن فكرة أن هناك طرقًا أفضل لضمان السلامة الجسدية والعاطفية، وحتى إذا توقفت سلوكيات مثل الشراهة أو تشويه الذات، غالبًا ما يجد رجال الإطفاء طرقًا أخرى لإيذاء النفس. ستنتهي هذه الدورات فقط عندما تكون الذات قادرة على تحمُّل المسؤولية ويشعر النظام بالأمان.

عبء السُمية

المنفيون هم مكب النفايات السامَّة للنظام. بالنظر إلى أنهم يمتلكون الذكريات، والأحاسيس، والمعتقدات، والعواطف المرتبطة بالصدمة، فمن الخطر إطلاقهم. إنهم ينطوون على تجربة «يا إلهي، لقد انتهيت» ـ جوهر صدمة لا مفر منها ـ ومعها، الرعب، والانهيار، والتكيف. قد يكشف المنفيون عن أنفسهم في شكل أحاسيس جسدية ساحقة أو خَدَر شديد، وهم يتوجهون بالإساءة إلى كلٍّ من معقولية المديرين وشجاعة رجال الإطفاء.

مثل معظم الناجيات من نكاح المحارم، كرهت جوان منفييها، ولا سيما الفتاة الصغيرة التي استجابت للمطالب الجنسية لمعتديها والطفلة المذعورة التي انتحبت بمفردها في فراشها. عندما يغمر المنفيون المديرين، فإنهم يستولون علينا ـ لسنا سوى ذلك الطفل المرفوض، والضعيف، وغير المحبوب، والمتخلَّى عنه. تصبح الذات «ممزوجة» بالمنفيين، ويختفي كل بديل ممكن لحياتنا. ثم، كما يشير شوارتز، «نرى أنفسنا والعالم، من خلال أعينهم ونعتقد أن هذا هو العالم. في هذه الحالة، لن يخطر ببالنا أننا تعرضنا للاختطاف»(٤٢٤).

ومع ذلك، فإن إبقاء المنفيين في حالة حبس لا يقضي على الذكريات والعواطف فحسب، بل يقضي أيضًا على الأجزاء التي تحتفظ بهم ـ الأجزاء التي تضرَّرت أكثر من جراء الصدمة. على حد تعبير شوارتز: «عادةً ما تكون هذه هي الأجزاء الأكثر حساسية، وإبداعًا، وحميمية، وحيوية، ومرحًا، وبراءة. من خلال نفيها عند تعرُّضها للأذى، تعاني ضربة مزدوجة ـ تضاف إهانة رفضك إلى جرحها الأصلي»(٤٢٥). كما اكتشفت جوان، فإن إبقاء المنفيين مختبئين ومحتقَرين كان يحكم عليها بحياة خالية من الألفة أو الفرح الحقيقي.

فتح الماضي

بعد عدة أشهر من معالجة جوان، وصلنا مرة أخرى إلى الفتاة المنفية التي تحملت إذلال، وارتباك، وخزي التحرش بجوان. بحلول ذلك الوقت، كانت قد أصبحت تثق بي بدرجة كافية وطورت إحساسًا بالذات كافيًا لتكون قادرة على تحمُّل مراقبة نفسها كطفلة، مع كل مشاعر الرعب، والإثارة، والاستسلام، والتواطؤ المدفونة منذ فترة طويلة. لم تقُل كثيرًا خلال هذه العملية، وكانت وظيفتي الرئيسية هي أن أُبقيها في حالة من المراقبة الذاتية الهادئة. غالبًا ما كان لديها الدافع للابتعاد في حالة من الاشمئزاز والرعب،

تاركة هذه الطفلة غير المقبولة وحدها في بؤسها. عند هذه النقاط، طلبت من حُماتها التراجع حتى تتمكن من الاستماع إلى ما تريد الفتاة الصغيرة بداخلها أن تعرفه.

أخيرًا، وبتشجيع مني، تمكنت من الاندفاع إلى المشهد ونقل الفتاة معها إلى مكان آمن. أخبرت المعتدي بحزم أنها لن تسمح له بالاقتراب منها مرة أخرى. بدلًا من إنكار الطفلة، لعبت دورًا نشطًا في تحريرها. كما هي الحال في علاج «إزالة التحسس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين»، كان حل الصدمة نتيجة لقدرتها على الوصول إلى خيالها وإعادة صياغة المشاهد التي تجمدت فيها منذ فترة طويلة. استُبدل بالسلبية العاجزة فعل حازم يُقاد ذاتيًا.

بمجرد أن بدأت جوان في امتلاك دوافعها وسلوكياتها، أدركت فراغ علاقتها بزوجها، برايان، وبدأت في الإصرار على التغيير. دعوتها لتطلب من برايان مقابلة كلينا، وكانت حاضرة لمدة ثماني جلسات قبل أن يبدأ هو برؤيتي بشكل فردي.

يلاحظ شوارتز أن علاج «أنظمة الأسرة الداخلية» يمكن أن يساعد أفراد الأسرة في «توجيه» بعضهم بعضًا في أثناء تعلُّمهم ملاحظة كيفية تفاعل أجزاء شخص ما مع أجزاء شخص آخر. شاهدت هذا بنفسي مع جوان وبرايان. كان برايان في البداية فخورًا للغاية بتحمُّله سلوك جوان لفترة طويلة؛ الشعور بأنها بحاجة إليه حقًّا منعه حتى من التفكير في الطلاق. لكن الآن بعد أن أرادت مزيدًا من الحميمية، شعر بالضغط والقصور ـ كاشفًا عن جزء مذعور غائب عن الوعي ويضع جدارًا ضد الشعور.

بدأ برايان بالتدريج يتحدث عن نشأته في أسرة مدمنة للكحول، حيث كانت سلوكيات مثل سلوك جوان شائعة وتُتجاهل إلى حدٍّ كبير، وتخلل ذلك إقامة والده في مراكز التخلص من السموم ودخول والدته المستشفى لفترات طويلة بسبب الاكتئاب ومحاولات الانتحار. عندما سألت الجزء

المصاب بالذعر ماذا سيحدث إذا سمح لبرايان أن يشعر بأي شيء، كشف عن خوفه من أن يغمره الألم ـ زاد ألم طفولته من آلام علاقته بجوان.

خلال الأسابيع القليلة التالية ظهرت أجزاء أخرى. في البداية، جاء حاميًا كان خائفًا من النساء ومصممًا على عدم السماح لبرايان أبدًا بأن يصبح عرضة لتلاعبهن. ثم اكتشفنا جزءًا قويًّا لقائم بالرعاية كان يعتني بوالدته وإخوته الصغار. أعطى هذا الجزء برايان شعورًا بقيمة الذات والهدف وطريقة للتعامل مع رعبه. أخيرًا، كان برايان مستعدًّا لمقابلة منفيه، الطفل الخائف الذي لا أم له والذي لم يكن لديه من يعتني به.

هذه نسخة قصيرة جدًّا من استكشاف طويل تضمَّن عديدًا من الانحرافات، كما حدث عندما أعاد ناقد جوان الظهور من وقت إلى آخر. لكن منذ البداية، ساعد علاج «أنظمة الأسرة الداخلية» جوان وبرايان على سماع نفسيهما وسماع كلٍّ منهما للآخر من منظور ذاتٍ موضوعية، وفضولية، ورحيمة. لم يعد جوان وبرايان محبوسين في الماضي، وفُتحت لهما مجموعة كاملة من الاحتمالات الجديدة.

قوة التعاطف الذاتي: «أنظمة الأسرة الداخلية» في علاج التهاب المفاصل «الروماتويدي»

نانسي شاديك اختصاصية أمراض «الروماتيزم» في «مستشفى بريجهام والنساء» في بوسطن تجمع بين الأبحاث الطبية حول التهاب المفاصل «الروماتويدي» والاهتمام القوي بتجربة مرضاها الشخصية مع مرضهم. عندما اكتشفت علاج «أنظمة الأسرة الداخلية» في ورشة عمل مع ريتشارد شوارتز، قررت دمج العلاج في دراسة حول التدخل النفسي الاجتماعي لمرضى التهاب المفاصل «الروماتويدي».

التهاب المفاصل الروماتويدي هو أحد أمراض المناعة الذاتية التي تسبب اضطرابات التهابية في جميع أنحاء الجسم، ما يسبب الألم والعجز المزمنين.

يمكن أن يؤخر الدواء تقدمه ويخفف بعض الألم، ولكن لا يوجد علاج، ويمكن أن يؤدي التعايش مع هذا المرض إلى الاكتئاب، والقلق، والعزلة، وضعف جودة الحياة بشكل عام. تابعت هذه الدراسة باهتمام خاص بسبب الارتباط الذي لاحظته بين الصدمة وأمراض المناعة الذاتية.

من خلال العمل مع كبيرة معالجي «أنظمة الأسرة الداخلية» نانسي سويل، أنشأت الدكتورة شاديك دراسة عشوائية مدتها تسعة أشهر تتلقى فيها مجموعة واحدة من المرضى تعليمات فردية وجماعية ضمن علاج «أنظمة الأسرة الداخلية»، بينما تتلقى المجموعة الاعتيادية رسائل بريدية ومكالمات هاتفية منتظمة بشأن أعراض المرض وإدارته. واصلت كلتا المجموعتين تناول الأدوية المعتادة، وخضعتا للتقييم بشكل دوري من قِبل أطباء «روماتيزم» لم يُخبَروا بطبيعة المجموعة التي يعالجونها.

كان الهدف من مجموعة «أنظمة الأسرة الداخلية» هو تعليم المرضى كيفية تقبُّل وفهم خوفهم، ويأسهم، وغضبهم المحتمين ومعالجة هذه المشاعر كأعضاء في «أسرتهم الداخلية». تعلموا مهارات الحوار الداخلي التي من شأنها أن تمكِّنهم من التعرف على آلامهم، وتحديد الأفكار والعواطف المصاحبة، ثم التعامل مع هذه الحالات الداخلية باهتمام وتعاطف.

ظهرت مشكلة أساسية في وقت مبكر. مثل العديد من الناجين من الصدمة، كان مرضى التهاب المفاصل «الروماتويدي» مصابين بـ«الألكيسيثيميا». كما أخبرتني نانسي سويل لاحقًا، لم يشتكوا قَطُّ من آلامهم أو إعاقتهم إلا إذا كانوا مغمورين تمامًا. عندما سُئلوا عن شعورهم، أجابوا دائمًا: «بخير». من الواضح أن أجزاءهم الرواقية ساعدتهم على التأقلم، لكن هؤلاء المديرين أبقوهم أيضًا في حالة من الإنكار. أغلق بعضهم أحاسيسهم وعواطفهم الجسدية إلى درجة أنهم لم يتمكنوا من التعاون بشكل فعَّال مع أطبائهم.

لتحريك الأمور، قدَّم القادة أجزاء «أنظمة الأسرة الداخلية» بشكل كبير،

وأعادوا ترتيب الأثاث والدعائم لتمثيل المديرين، والمنفيين، ورجال الإطفاء. على مدى عدة أسابيع، بدأ أعضاء المجموعة يتحدثون عن المديرين الذين طلبوا منهم «الابتسام والتحمُّل»، لأنه ما من أحد يريد أن يسمع عن ألمهم على أي حال. بعد ذلك، عندما طلبوا من الأجزاء الرواقية التراجع، بدأوا في الاعتراف بالجزء الغاضب الذي أراد الصراخ وإحداث فوضى، والجزء الذي أراد البقاء في الفراش طوال الوقت، والجزء المنفي الذي شعر بأنه لا قيمة له لأنه لم يُسمح له بالتحدث. اتضح أنه بوصفهم أطفالًا، كان من المفترض تقريبًا أن يُرى جميعهم وألا يُسمعوا ـ فالسلامة تعني إبقاء احتياجاتهم طي الكتمان.

ساعد علاج «أنظمة الأسرة الداخلية» الفردي المرضى على تطبيق لغة الأجزاء على المشكلات اليومية. على سبيل المثال، شعرت إحدى النساء بأنها محاصرة بسبب النزاعات الخاصة بوظيفتها، حيث أصر أحد المديرين على أن السبيل الوحيد للخروج من هذا هو الإفراط في العمل حتى تأججت معاناتها مع التهاب المفاصل «الروماتويدي». بمساعدة المعالج، أدركت أنها تستطيع الاهتمام باحتياجاتها من دون أن تُمرض نفسها.

أُخضعت المجموعتان، مجموعة «أنظمة الأسرة الداخلية» والمجموعة الاعتيادية، للتقييم ثلاث مرات خلال فترة الدراسة التي استمرت تسعة أشهر ثم مرة أخرى بعد عام واحد. في نهاية تسعة أشهر من العلاج، أظهرت مجموعة «أنظمة الأسرة الداخلية» تحسينات قابلة للقياس في آلام المفاصل التي تُقيَّم ذاتيًّا، والأداء الجسدي، والتعاطف مع الذات، والألم العام المتعلق بمجموعة التعليم. كما أظهروا تحسينات كبيرة فيما يتعلق بالاكتئاب والفعالية الذاتية. استمرت مكاسب مجموعة «أنظمة الأسرة الداخلية» في إدراك الألم والأعراض الاكتئابية بعد عام، على الرغم من أن الفحوصات الطبية الموضوعية لم تعد قادرة على اكتشاف التحسينات القابلة للقياس في الألم أو الأداء. بعبارة أخرى، كان أكثر ما تغير هو قدرة المرضى على التعايش مع

مرضهم. في استنتاجاتهما، أكدت كلٌّ من شاديك وسويل على تركيز «أنظمة الأسرة الداخلية» على التعاطف مع الذات كعامل رئيسي.

لم تكن هذه هي الدراسة الأولى التي تُظهِر أن التدخلات النفسية يمكن أن تساعد مرضى التهاب المفاصل «الروماتويدي». ثبت أيضًا أن العلاجات السلوكية الإدراكية والممارسات القائمة على اليقظة العقلية لها تأثير إيجابي في الألم، والتهاب المفاصل، والإعاقة الجسدية، والاكتئاب[٤٢٦]. ومع ذلك، لم تطرح أيٌّ من هذه الدراسات سؤالًا حاسمًا: هل تنعكس زيادة السلامة والراحة النفسية في نظام مناعة يعمل بشكل أفضل؟

تحرير الطفل المنفي

أدار بيتر قسم الأورام في مركز طبي أكاديمي مرموق صُنِّف باستمرار على أنه أحد أفضل المراكز الطبية في البلاد. بينما كان جالسًا في مكتبي، في حالة بدنية مثالية بسبب ممارسته المعتادة لرياضة «الاسكواش»، تجاوزت ثقته الحد وصارت غطرسة. من المؤكد أن هذا الرجل لا يبدو أنه يعاني اضطراب كرب ما بعد الصدمة. أخبرني أنه يريد فقط معرفة كيف يمكنه مساعدة زوجته على أن تكون أقل «حساسية». كانت قد هددت بتركه ما لم يفعل شيئًا حيال ما وصفته بسلوكه القاسي. أكد لي بيتر أن تصورها مشوَّه، لأنه من الواضح أنه لم تكن لديه مشكلة في التعاطف مع المرضى.

أحب الحديث عن عمله، وكان فخورًا بحقيقة أن المقيمين والزملاء يتنافسون بشدة ليكونوا في القسم الذي يُديره وأيضًا بسبب الشائعات التي سمعها عن خوف موظفيه منه. وصف نفسه بأنه نزيه إلى حد كبير، وعالِم حقيقي، وشخص أخذ في الحسبان الحقائق فقط و ـ بنظرة ذات مغزى في اتجاهي ـ لم يتحمَّل الحمقى بسرور. كانت لديه معايير عالية، ولكن ليست أعلى من المعايير التي وضعها لنفسه، وأكد لي أنه لا يحتاج إلى حب أي شخص، ولكن فقط الاحترام.

أخبرني بيتر أيضًا أن تناوبه في الطب النفسي في كلية الطب قد أقنعه بأن الأطباء النفسيين ما زالوا يمارسون السحر، وأن المرة اليتيمة التي جرب فيها العلاج النفسي للأزواج أكدت هذا الرأي. وأعرب عن ازدرائه للأشخاص الذين يلومون آباءهم أو المجتمع على مشكلاتهم. على الرغم من أنه كان لديه نصيبه من البؤس عندما كان طفلًا، فإنه كان مصممًا على ألا يعدُّ نفسه ضحية.

في حين أن صلابة بيتر وحبه للدقة جذباني، لم يسعني إلا أن أتساءل عما إذا كنا سنكتشف شيئًا رأيته كثيرًا: أن المديرين الداخليين المهووسين بالسلطة عادةً ما يتم إنشاؤهم كدرع ضد الشعور بالعجز.

عندما سألته عن عائلته، أخبرني بيتر أن والده يدير عملًا صناعيًا. كان أحد الناجين من «الهولوكوست» وقد يكون قاسيًا وصارمًا، ولكن كان لديه أيضًا جانب حنون وعاطفي أبقى بيتر على اتصال به وألهمه أن يصبح طبيبًا. عندما أخبرني عن والدته، أدرك لأول مرة أنها استبدلت التدبير المنزلي الصارم بالرعاية الحقيقية، لكن بيتر نفى أن يكون هذا قد ضايقه. ذهب إلى المدرسة وحصل على أفضل الدرجات بشكل دائم. تعهد ببناء حياة خالية من الرفض والإذلال، ولكن من المفارقات أنه يعيش مع الموت والرفض كل يوم ـ الموت في جناح الأورام والمعاناة المستمرة من أجل تمويل أبحاثه ونشرها.

انضمَّت إلينا زوجة بيتر في الاجتماع التالي. وصفت كيف ينتقدها بلا انقطاع ـ ذوقها في الملابس، ممارساتها في تربية الأطفال، عاداتها في القراءة، ذكاؤها، أصدقاؤها. نادرًا ما كان في المنزل ولم يكن متاحًا عاطفيًا قَطُّ. ولأن لديه الكثير من الالتزامات المهمة، ولأنه كان متفجرًا للغاية، كانت عائلته دائمًا تدور حوله على أطراف أصابعها. كانت مصممة على تركه وبدء حياة جديدة ما لم يقُم ببعض التغييرات الجذرية. في تلك المرحلة، وللمرة الأولى، رأيت بيتر مكروبًا بشكل واضح. أكد لي ولزوجته أنه يريد حل الأمور.

في جلستنا التالية، طلبت منه السماح لجسمه بالاسترخاء، وإغلاق عينيه، وتركيز انتباهه إلى الداخل، وأن يسأل ذلك الجزء المهم ـ الجزء الذي حددته زوجته ـ ما الذي يخشى أن يحدث إذا توقف عن إداناته القاسية. بعد نحو ثلاثين ثانية، قال إنه شعر بالغباء وهو يتحدث إلى نفسه. لم يكن يريد تجربة حيلة جديدة من ممارسات «العصر الجديد» ـ جاء إليَّ باحثًا عن «علاج تُحُقِّق منه تجريبيًّا». أكدت له أني، مثله، في طليعة العلاجات القائمة على التجربة وأن هذا أحدها. صمت ربما لدقيقة قبل أن يهمس:

ـ كنت لأتأذَّى.

حثثته على سؤال الناقد ما معنى ذلك. أجاب بيتر وهو لا يزال مغمض العينين:

ـ إذا انتقدت الآخرين، فلن يجرؤوا على إيذائك.

ثم:

ـ إذا كنت مثاليًّا، فلا أحد يستطيع أن ينتقدك.

طلبت منه أن يشكر ناقده لحمايته من الأذى والإذلال، وعندما صمت مرة أخرى، رأيت كتفيه مسترخيتين وتنفسه يصبح أبطأ وأعمق.

أخبرني بعد ذلك أنه كان على دراية بأن غروره يؤثر في علاقاته بزملائه وطلابه؛ شعر بالوحدة والاحتقار خلال اجتماعات الموظفين وعدم الارتياح في حفلات المستشفى. عندما سألته عما إذا كان يريد تغيير الطريقة التي هدد بها ذلك الجزء الغاضب الناس، أجاب بأنه يريد ذلك. ثم سألته عن مكانه في جسمه، فوجده في منتصف صدره. مع الحفاظ على تركيزه في الداخل، سألته عن شعوره تجاهه. قال إنه جعله خائفًا.

بعد ذلك، طلبت منه أن يظل مركِّزًا عليه ويرى كيف يشعر تجاهه الآن. قال إن الفضول يتملَّكه لمعرفة المزيد عنه. سألته كم عمره. قال إنه في نحو السابعة. طلبت منه أن يُظهر له ناقده ما كان يحميه. بعد صمت طويل وعيناه مغمضتان، أخبرني أنه كان يشهد مشهدًا من طفولته. كان والده يضرب صبيًّا

صغيرًا، يضربه هو، وكان يقف في الجانب ويفكِّر في مدى غباء ذلك الطفل لاستفزازه والده. عندما سألته عن شعوره تجاه الصبي الذي تعرَّض للإيذاء، أخبرني أنه يحتقره. كان ضعيفًا ومتذمرًا؛ فبعد أن أظهر حتى أقل قدر من التحدي لأساليب والده المتسلطة، استسلم وانتحب حتمًا بأنه سيكون صبيًّا صغيرًا جيدًا. لم يكن لديه لا الشجاعة ولا العزيمة في داخله. سألت الناقد عما إذا كان على استعداد للتنحي حتى نتمكن من رؤية ما يجري مع ذلك الصبي. ردًّا على ذلك، ظهر الناقد بكامل قوته ووصفه بأسماء مثل «مخنث» و«جبان». سألت بيتر مرة أخرى إذا كان الناقد على استعداد للتنحي وإعطاء الصبي فرصة للتحدث. انغلق تمامًا وغادر الجلسة قائلًا إنه من غير المحتمل أن تطأ قدماه مكتبي مجددًا.

لكنه عاد في الأسبوع التالي: كما هددتْ، ذهبت زوجته إلى محامٍ وأقامت دعوى طلاق. كان محطمًا ولم يعد يبدو الطبيب المثالي الذي عرفت، ومن نواحٍ كثيرة بدا عليه الفزع. في مواجهة فقدان عائلته، أصبح مفككًا وشعر بالارتياح لفكرة أنه إذا ساءت الأمور جدًّا يمكنه أن يأخذ حياته بيديه.

ولجنا داخله مرة أخرى وحددنا الجزء الذي كان خائفًا من الهجر. بمجرد أن كان في حالته الذاتية اليقظة، قمت بحثِّه أن يطلب من ذلك الصبيّ المرعوب أن يريه الأعباء التي كان يحملها. مرة أخرى، كان رد فعله الأول اشمئزازه من ضعف الصبي، ولكن بعد أن طلبت منه إعادة هذا الجزء إلى الوراء، رأى صورة لنفسه كطفل صغير في منزل والديه، وحده في غرفته يصرخ من الرعب. شاهد بيتر هذا المشهد لعدة دقائق، وكان يبكي بصمت خلال معظمه. سألته إذا كان الصبي قد أخبره بكل ما يريده أن يعرفه. لا، كانت هناك مشاهد أخرى، مثل الركض لاحتضان والده عند الباب والتعرُّض للصفع لعصيانه والدته.

من وقت إلى آخر، كان يقاطع العملية من خلال شرح سبب عدم تمكن والديه من القيام بعمل أفضل مما فعلاه، كونهما ناجين من «الهولوكوست»

وكل ما يعنيه ذلك. مرة أخرى، اقترحت عليه أن يجد الأجزاء الحامية التي كانت تقاطع مشاهدة ألم الصبي، وأن يطلب منها الانتقال مؤقتًا إلى غرفة أخرى. وفي كل مرة، استطاع أن يعود إلى أساه.

طلبت من بيتر أن يخبر الصبي أنه فهم الآن مدى سوء التجربة. جلس في صمت طويل حزينًا. ثم طلبت منه أن يُري الصبي أنه يهتم به. بعد قليل من الإقناع، وضع ذراعيه حول الصبي. فوجئت أن هذا الرجل الذي تبدو عليه سمات الصرامة والقسوة يعرف بالضبط كيف يعتني به.

ثم، بعد مرور بعض الوقت، حثثت بيتر على العودة إلى المشهد وأخذ الصبي معه. تخيل بيتر نفسه وهو يواجه والده كرجل بالغ، ويقول له:

ـ إذا عبثت بهذا الصبي مرة أخرى، فسوف آتي وأقتلك.

ثم، في مخيلته، أخذ الطفل إلى مخيَّم جميل يعرفه، حيث يمكن للصبي أن يلعب ويمرح مع المهور بينما يراقبه.

عملنا لم ينتهِ. بعد أن تخلت زوجته عن تهديدها بالطلاق، عادت بعض عاداته القديمة، واضطررنا إلى زيارة هذا الصبي المعزول من حين إلى آخر للتأكد من العناية بأجزاء بيتر المجروحة، خصوصًا عندما شعر بأذى بسبب شيء حدث في المنزل أو في العمل. هذه هي المرحلة التي يسميها علاج «أنظمة الأسرة الداخلية» «إزالة العبء»، وهي تتوافق مع إعادة تأهيل ومعافاة المنفيين. مع كل عملية إزالة عبء جديدة، يهدأ الناقد الداخلي اللاذع عند بيتر، حيث شيئًا فشيئًا أصبح أشبه بمرشد أكثر منه قاضيًا، وبدأ في إصلاح علاقاته مع عائلته وزملائه. كما توقف عن المعاناة من الصداع المرتبط بالتوتر.

أخبرني ذات يوم أنه قضى مرحلة النضوج في محاولة تجاوز ماضيه، ولاحظ كم هو مثير للسخرية أنه اضطر إلى الاقتراب منه من أجل تجاوزه.

الفصل الثامن عشر

سد الثقوب:
إنشاء البِنى

«أعظم اكتشاف لجيلي هو أن البشر يمكنهم تغيير حياتهم من خلال تغيير مواقفهم العقلية».

- ويليام جيمس

«لا يعني ذلك أن شيئًا مختلفًا يُرى، بل إن المرء يرى بشكل مختلف. يبدو الأمر كما لو أن الفعل المكاني للرؤية قد تغير ببعدٍ جديد».

- كارل يونج

إن معالجة ذكريات الصدمة شيء ومواجهة الفراغ الداخلي شيء آخر تمامًا ـ ثقوب الروح التي تنتج عن عدم الرغبة فيك، وعدم رؤيتك، وعدم السماح لك بقول الحقيقة. إذا لم يستبشر وجها والدك ووالدتك قَطُّ عند النظر إليك، فمن الصعب أن تعرف شعور أن تكون محبوبًا ومُصانًا. إذا أتيت من عالم غير مفهوم ومليء بالسرية والخوف، فمن المستحيل تقريبًا العثور على الكلمات اللازمة للتعبير عما تحمَّلته. إذا نشأت غير مرغوب فيك وتعرضت للتجاهل، فإن تطوير إحساس حشوي بالفعالية وتقدير الذات سيمثل تحديًا كبيرًا.

أظهر البحث الذي أجريته أنا وجودي هيرمان وكريس بيري (يُنظر الفصل التاسع) أن الأشخاص الذين شعروا بأنهم غير مرغوب فيهم بوصفهم أطفالًا، وأولئك الذين لم يتذكروا الشعور بالأمان مع أي شخص في أثناء ترعرعهم، لم يستفيدوا بشكل كامل من العلاج النفسي التقليدي، على الأرجح لأنهم لم يتمكنوا من تنشيط الآثار القديمة للشعور بالرعاية.

تمكنت من رؤية هذا حتى في بعض مرضاي الأكثر التزامًا وتعبيرًا. على الرغم من عملهم الشاق في العلاج ونصيبهم من الإنجازات الشخصية والمهنية، لم يتمكنوا من محو البصمات المدمرة لأم كانت مكتئبة جدًّا بحيث لم تلاحظهم، أو أب عاملهم كما لو تمنى لو لم يولدوا. كان من الواضح أن حياتهم ستتغير جذريًّا فقط إذا تمكنوا من إعادة بناء تلك الخرائط الضمنية. لكن كيف؟ كيف يمكننا مساعدة الناس ليصبحوا على دراية حشوية بمشاعر فُقدت في وقت مبكر من حياتهم؟

لمحت إجابة محتملة عندما حضرت المؤتمر التأسيسي لـ«جمعية الولايات المتحدة للعلاج النفسي للجسم» في يونيو ١٩٩٤ في كلية صغيرة في بيفرلي على ساحل ماساتشوستس الصخري. ومن المفارقات أن طُلب مني تمثيل الطب النفسي السائد في الاجتماع والتحدث عن استخدام مسوحات الدماغ لتصور الحالات العقلية. لكن بمجرد دخولي إلى الردهة حيث اجتمع الحاضرون لتناول قهوة الصباح، أدركت أن هذا حشد مختلف عن تجمعات الأدوية النفسية أو العلاج النفسي المعتادة. الطريقة التي تحدثوا بها بعضهم مع بعض، مواقفهم وإيماءاتهم، شعَّت حيوية وتفاعلًا ـ نوع المعاملة التبادلية الجسدية التي هي جوهر التناغم.

سُرعان ما بدأت محادثة مع ألبرت بيسو، وهو راقص سابق ممتلئ الجسم مع «شركة مارثا جراهام للرقص» الذي كان وقتها في أوائل السبعينيات من عمره. تحت حاجبيه الكثيفين، كان ينضح طيبة وثقة. أخبرني أنه وجد طريقة لتغيير علاقة الناس جذريًّا بذواتهم الجسدية الأساسية. كان حماسه

معديًا، لكني كنت متشككًا وسألته عما إذا كان متأكدًا من أنه يستطيع تغيير إعدادات اللوزة الدماغية. غير منزعج من حقيقة أنه لم يختبر أحد طريقته علميًا على الإطلاق، أكد لي بثقة أنه قادر على ذلك.

كان بيسو على وشك إجراء ورشة عمل حول «علاج نظام بيسو بويدن الحركي النفسي»[٤٢٧]، وقد دعاني للحضور. لم يكن ذلك مثل أي عمل جماعي رأيته في حياتي. جلس على كرسي منخفض مقابل امرأة اسمها نانسي، والتي وصفها بـ«بطلة الورشة»، بينما جلس المشاركون الآخرون على وسائد من حولهم. ثم دعا نانسي للتحدث عما كان يزعجها، واستغل فترات توقفها من حين إلى آخر لـ«مشاهدة» ما كان يلاحظه ـ كما في «يمكن للشاهد أن يرى مدى شعورك بالضيق عندما تتحدثين عن تخلي والدك عن الأسرة». تأثرت بمدى دقة تتبُّعه للتحولات الطفيفة في وضع الجسم، وتعبيرات الوجه، ونبرة الصوت، ونظرة العين، والتعبيرات غير اللفظية للعاطفة. (وهذا ما يسمَّى بـ«التتبُّع الدقيق» في العلاج النفسي الحركي).

في كل مرة أدلى بيسو بـ«إفادة شاهد»، استرخى وجه نانسي وجسمها قليلًا، كما لو أنها شعرت بالراحة من خلال تعرُّضها للرؤية والتصديق. بدا أن تعليقاته الهادئة تُعزِّز شجاعتها على الاستمرار والتعمق أكثر. عندما بدأت نانسي في البكاء، لاحظ أنه لا ينبغي لأحد أن يتحمل كل هذا الألم بمفرده، وسأل عما إذا كانت ترغب في اختيار شخص يجلس إلى جانبها. (أطلق على هذا «شخص الاتصال»). أومأت نانسي برأسها، وبعد مسح الغرفة بعناية، أشارت إلى امرأة في منتصف العمر لطيفة المظهر. سأل بيسو نانسي أين تريد أن يجلس الشخص الذي يمكنه الاتصال بها. قالت نانسي بحزم، مشيرة إلى وسادة على يمينها تمامًا:

ـ هنا.

كنت مسحورًا. يعالج الناس العلاقات المكانية من خلال النصف الأيمن من الدماغ، وقد أظهر بحثنا في التصوير العصبي أن أثر الصدمة موجود بشكل

أساسي في النصف الأيمن أيضًا (يُنظر الفصل الثالث). يُنقَل الاهتمام، والرفض، واللامبالاة في المقام الأول من خلال تعبيرات الوجه، ونبرة الصوت، والحركات الجسدية. ووفقًا لبحث حديث، يحدث ما يصل إلى ٩٠ في المائة من الاتصالات البشرية في عالم النصف الأيمن غير اللفظي[٤٢٨]، وكان هذا هو المكان الذي يبدو أن عمل بيسو موجه إليه في المقام الأول. مع استمرار ورشة العمل، أدهشني أيضًا كيف بدا أن وجود الشخص المسؤول عن الاتصال يساعد نانسي على تحمل التجارب المؤلمة التي كانت تجرفها[٤٢٩].

لكن الشيء الأكثر غرابة هو الطريقة التي أنشأ بها بيسو لوحات ـ أو كما أسماها، «بِنى» ـ من ماضي أبطال الورشة. فيما كانت السرديات تتكشَّف، طُلب من المشاركين في المجموعة لعب أدوار أشخاص مهمين في حياة الأبطال، مثل الآباء وأفراد الأسرة الآخرين، بحيث بدأ عالمهم الداخلي يتشكل في مساحة ثلاثية الأبعاد. جُنِّد أعضاء المجموعة أيضًا للعب الوالدين المثاليين اللذين يتطلع إليهما المرء واللذين يقدمان الدعم، والحب، والحماية المفقودين في اللحظات الحرجة. أصبح الأبطال مخرجي مسرحياتهم الخاصة، وخلقوا حولهم ماضيًا لم يتمكنوا من التمتع به، ومن الواضح أنهم اختبروا ارتياحًا جسديًا وعقليًا عميقًا بعد هذه السيناريوهات الخيالية. هل يمكن لهذه التقنية أن تغرس بصمات الأمان والراحة جنبًا إلى جنب مع بصمات الرعب والهجر، بعد عقود من التشكيل الأصلي للعقل والدماغ؟

مفتونًا بوعد عمل بيسو، قَبِلت بشغف دعوته لزيارة منزله على قمة التل في جنوب نيو هامبشاير. بعد غداء تحت شجرة بلوط قديمة، طلب مني آل أن أنضم إليه في إسطبله الخشبي، الذي أصبح الآن استوديو، لعمل بِنية. أمضيت عدة أعوام في التحليل النفسي، ولذلك لم أتوقع أي اكتشافات كبيرة. كنت رجلًا محترفًا مستقرًّا في الأربعينيات من عمري ولديَّ عائلتي،

وفكرت في والدَي على أنهما شخصان مسنان يحاولان خلق شيخوخة لائقة لنفسيهما. بالتأكيد، لم أكن أعتقد أنه لا يزال لهما تأثير كبير فيَّ.

بالنظر إلى عدم وجود أشخاص آخرين متاحين للعب أدوار الشخصيات الرئيسية في حياتي، طلب آل مني اختيار شيء أو قطعة أثاث لتمثيل والدي. اخترت أريكة عملاقة من الجلد الأسود وطلبت من آل أن يضعها في وضع مستقيم على بعد نحو ثمانية أقدام أمامي، قليلًا إلى اليسار. ثم سألني عما إذا كنت أرغب في إحضار والدتي إلى الغرفة أيضًا، واخترت مصباحًا ثقيلًا، تقريبًا بارتفاع الأريكة المستقيمة نفسه. مع استمرار الجلسة، أصبحت المساحة مليئة بالأشخاص المهمين في حياتي: أعز أصدقائي، صندوق «كلينكس» صغير على يميني؛ زوجتي، وسادة صغيرة إلى جانبي؛ طفلاي، وسادتان صغيرتان.

بعد فترة قليلة، مسحت إسقاطات المشهد الداخلي الخاص بي: جسمان ضخمان ومظلمان ومهدِّدان يمثلان والدَي ومجموعة من الأشياء الصغيرة تمثل زوجتي، وولدَي، وأصدقائي. ذهلت؛ أعدت تكوين صورتي الداخلية لوالدَي «الكالفينيين» الصارمين منذ أن كنت طفلًا صغيرًا. شعرت بانقباض في صدري، وأنا متأكد من أن صوتي بدا أكثر انقباضًا. لم أستطِع إنكار ما كان يكشفه دماغي المكاني: سمحت لي البِنية بتصور خريطتي الضمنية للعالم.

عندما أخبرت آل بما اكتشفته للتو، أومأ برأسه وسألني عما إذا كنت سأسمح له بتغيير وجهة منظوري. شعرت بعودة شكوكي، لكني أحببت آل وكان لديَّ فضول لمعرفة طريقته، ولذلك وافقت بتردد. ثم أقحم جسمه مباشرة بيني وبين الأريكة والمصباح، ما جعلهما يختفيان من مرمى البصر. شعرت على الفور بتحرُّر عميق في جسمي ـ خف الانقباض الذي كان في صدري وأصبح تنفسي مرتاحًا. كانت تلك هي اللحظة التي قررت فيها أن أصبح طالبًا عند بيسو[٤٣٠].

يتيح لك إسقاط عالمك الداخلي في الفضاء ثلاثي الأبعاد لِبنيةٍ رؤية ما يحدث في مسرح عقلك، ويمنحك منظورًا أكثر وضوحًا حول ردود أفعالك تجاه أشخاص وأحداث الماضي. عندما تضع عناصر نائبة للأشخاص المهمين في حياتك، قد تفاجأ بالذكريات، والأفكار، والعواطف غير المتوقعة التي تظهر. يمكنك بعد ذلك تجربة تحريك القطع على رقعة الشطرنج الخارجية التي أنشأتها ومعرفة تأثير ذلك فيك.

على الرغم من أن البِنى تنطوي على حوار، فإن العلاج النفسي الحركي لا يشرح أو يفسر الماضي. بدلًا من ذلك، يسمح لك أن تشعر بما شعرت به في ذلك الوقت، وأن تتصور ما رأيته، وأن تقول ما لم تتمكَّن من قوله عندما حدث ذلك بالفعل. يبدو الأمر كما لو كان بإمكانك العودة إلى فيلم حياتك وإعادة كتابة المشاهد الحاسمة. يمكنك توجيه لاعبي الأدوار للقيام بأشياء فشلوا في القيام بها في الماضي، مثل منع والدك من ضرب والدتك. يمكن لهذه اللوحات أن تحفز عواطف قوية. على سبيل المثال، عندما تضع «أمك الحقيقية» في الزاوية، مرتعشة في حالة من الرعب، قد تشعر بشوق عميق لحمايتها وإدراك كم شعرت بالعجز عندما كنت طفلًا. لكن إذا قمت بعد ذلك بتكوين أم مثالية، تقف في وجه والدك وتعرف كيف تتجنب الوقوع في شرك العلاقات المسيئة، فقد ينتابك إحساس حشوي بالراحة وتخلص من عبء الشعور القديم بالذنب والعجز. أو قد تواجه الأخ الذي عاملك بوحشية عندما كنت طفلًا ثم تخلق أخًا مثاليًّا يحميك ويصبح قدوتك.

تتمثل وظيفة المدير/ المعالج وأعضاء المجموعة الآخرين في تزويد الأبطال بالدعم الذي يحتاجون إليه للتعمق في كل ما يخشون استكشافه بأنفسهم. تسمح لك سلامة المجموعة بملاحظة الأشياء التي أخفيتها عن نفسك ـ وعادةً ما تكون أكثر الأشياء التي تخجل منها. عندما لا تعود مضطرًا إلى الإخفاء، تسمح لك البِنية بوضع الخزي في المكان الذي ينتمي إليه ـ

على الشخصيات التي أمامك مباشرة والتي تمثل أولئك الذين أساءوا إليك وجعلوك تشعر بالعجز عندما كنت طفلًا.

يعني الشعور بالأمان أنه يمكنك قول أشياء لوالدك (أو بالأحرى، العنصر النائب الذي يمثله) رغبت في قولها عندما كنت في الخامسة من عمرك. يمكنك إخبار العنصر النائب لوالدتك المكتئبة والخائفة عن مدى شعورك بالفزع لعدم قدرتك على الاعتناء بها. يمكنك تجريب المسافة والقرب واستكشاف ما يحدث في أثناء تحريك العناصر النائبة. بوصفك مشاركًا نشطًا، يمكنك أن تفقد نفسك في مشهد بطريقة لا يمكنك أن تفقد بها نفسك عند مجرد حكي قصة. وبينما تتولى مسؤولية تمثيل واقع تجربتك، يكون الشاهد في صحبتك، عاكسًا تغييرات وضعيتك، وتعبيرات وجهك، ونبرة صوتك.

من واقع خبرتي، فإن إعادة تجربة الماضي جسديًّا في الحاضر ثم إعادة صياغته في «حاوية» آمنة وداعمة يمكن أن تكون قوية بما يكفي لخلق ذكريات تكميلية جديدة: تجارب مصطنعة للنمو في بيئة متناغمة وعاطفية حيث تكون محميًّا من الضرر. لا تمحو البِنى الذكريات السيئة، أو حتى تحيِّدها بالطريقة التي يعمل بها علاج «إزالة التحسس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين». بدلًا من ذلك، تقدم البِنية خيارات جديدة ـ ذاكرة بديلة تُلبَّى فيها احتياجاتك الإنسانية الأساسية وتُشبع فيها رغباتك في الحب والحماية.

إعادة النظر في الماضي

اسمح لي أن أقدم مثالًا من ورشة عمل قدتها منذ وقت ليس ببعيد في «معهد إسيلين» في بيج سور، كاليفورنيا.

كانت ماريا فلبينية نحيلة ورياضية في منتصف الأربعينيات من عمرها وكانت ممتعة ومراعية خلال اليومين الأولين، اللذين كُرِّسا لاستكشاف التأثير طويل المدى للصدمة وتعليم تقنيات التنظيم الذاتي. لكن الآن،

وهي جالسة على وسادتها على بعد ستة أقدام مني، بدت خائفة ومنهارة. تساءلت في نفسي عما إذا كانت قد تطوعت بشكل أساسي كبطلة لإرضاء صديقتها التي رافقتها إلى ورشة العمل.

بدأت بتشجيعها على ملاحظة ما يجري بداخلها ومشاركة كل ما يخطر ببالها. بعد صمت طويل قالت:

ـ لا أستطيع حقًّا أن أشعر بأي شيء في جسمي، وعقلي فارغ.

عاكسًا توترها الداخلي، أجبتها:

ـ يمكن للشاهد أن يرى مدى قلقك إلى درجة أن عقلك فارغ ولا تشعرين بأي شيء بعد التطوع للقيام بالبِنية. هل هذا صحيح؟

أجابت، وقد بدت مرتاحة قليلًا:

ـ نعم.

تدخل «شخصية الشاهد» البِنية في البداية وتأخذ دور مراقب متقبّل وغير إدانيٍّ ينضم إلى البطل من خلال عكس حالته العاطفية والإشارة إلى السياق الذي ظهرت فيه تلك الحالة (كما هي الحال عندما ذكرت «تطوع ماريا للقيام ببِنية»). إن اعتمادك من خلال الشعور بأنك مسموع ومرئي هو شرط سابق للشعور بالأمان، وهو أمر بالغ الأهمية عندما نستكشف المنطقة الخطرة للصدمة والهجران. أظهرت دراسة تصوير أعصاب أنه عندما يسمع الناس قولًا يعكس حالتهم الداخلية، تضيء اللوزة الدماغية اليمنى للحظات، كما لو كان ذلك للتأكيد على دقة الانعكاس.

شجعتُ ماريا على الاستمرار في التركيز على أنفاسها، وهو أحد التمارين التي كنا نمارسها معًا، وأن تلاحظ ما كانت تشعر به في جسمها. بعد صمت طويل آخر، بدأت في الحديث مترددة:

ـ هناك دائمًا شعور بالخوف في كل ما أفعله. لا يبدو أني خائفة، لكني دائمًا أدفع نفسي. من الصعب حقًّا بالنسبة إليَّ أن أكون هنا.

قلت متأملًا:

ـ يمكن للشاهد أن يرى مدى شعورك بعدم الارتياح حيث تدفعين نفسك لتكوني هنا.

أومأت برأسها، وعدلت عمودها الفقري قليلًا، مشيرة إلى أنها شعرت بأنها فُهِمَت. وتابعتْ:

ـ نشأت وأنا أفكر أن عائلتي طبيعية. لكني كنت دائمًا أخاف من والدي. لم أشعر قَطُّ برعايته. لم يضربني قَطُّ بالقدر نفسه الذي ضرب به إخوتي، لكن لديَّ شعور سائد بالخوف.

أشرت إلى أن الشاهد يرى كيف بدت خائفة عندما تحدثت عن والدها، ثم دعوتها لاختيار عضو في المجموعة لتمثيله.

قامت ماريا بمسح الغرفة بعينيها واختارت سكوت، منتج فيديو لطيف كان عضوًا حيويًّا وداعمًا للمجموعة. قدمت لسكوت السيناريو الخاص به: «ألتحق بوصفي والدك الحقيقي، الذي أرعبكِ عندما كنتِ طفلة صغيرة». وهي العبارة التي كررها. (لاحِظ أن هذا العمل لا يتعلق بالارتجال ولكن بالتمثيل الدقيق للحوار والتوجيهات التي يقدمها كلٌّ من الشاهد والبطل). ثم سألت ماريا أين تريد أن يقف والدها الحقيقي، ووجهت لسكوت تعليمات بأن يقف على بعد نحو اثني عشر قدمًا، قليلًا إلى يمينها ووجهه بعيد عنها. بدأنا في إنشاء اللوحة، وفي كل مرة أجري فيها بِنية يعجبني مدى دقة الإسقاطات الخارجية للنصف الأيمن من الدماغ. يعرف الأبطال دائمًا المكان الذي يجب أن توضع فيه الشخصيات المختلفة في بِنياتهم.

كما أنه يفاجئني، مرارًا وتكرارًا، كيف أن العناصر النائبة التي تمثل الأشخاص المهمين في ماضي البطل تفترض على الفور تقريبًا واقعًا افتراضيًّا: كما يبدو، يصبح الأشخاص الذين يلتحقون الشخصيات التي كان على البطل التعامل معها في ذلك الوقت ـ ليس فقط بالنسبة إلى البطل ولكن غالبًا بالنسبة إلى المشاركين الآخرين أيضًا. شجعتُ ماريا على إلقاء نظرة فاحصة طويلة على والدها الحقيقي، وبينما كانت تنظر إليه وهو يقف

هناك، أمكننا أن نشهد كيف تحولت عواطفها بين الرعب والشعور العميق بالشفقة تجاهه. فكرت باكية في مدى صعوبة حياته ـ كيف رأى، عندما كان طفلًا خلال الحرب العالمية الثانية، أشخاصًا تُقطَّع رؤوسهم؛ كيف أُجبر على أكل السمك الفاسد المليء بالديدان. تُعزِّز البِنى أحد الشروط الأساسية للتغيير العلاجي العميق: حالة شبه غيبوبية يمكن أن تعيش فيها حقائق متعددة جنبًا إلى جنب ـ الماضي والحاضر، حيث مع علمك بأنك شخص بالغ، تشعر بما انتابك عندما كنت طفلًا، معبرًا عن غضبك أو خوفك من شخص يبدو وكأنه الشخص الذي أساء إليك بينما تُدرك تمامًا أنك تتحدث إلى سكوت، الذي لا يشبه والدك الحقيقي، وتختبر في الوقت نفسه مشاعر الولاء، والحنان، والاهتياج، والشوق المعقدة التي يشعر بها الأطفال مع والديهم.

عندما بدأت ماريا تتحدث عن علاقتهما عندما كانت طفلة صغيرة، واصلتُ عكس تعابيرها. قالت إن والدها عامل والدتها بوحشية. كان ينتقد بلا هوادة نظامها الغذائي، وجسمها، وتدبيرها لشؤون المنزل، وكانت تخشى دائمًا على والدتها عندما يوبخها. وصفت ماريا والدتها بأنها محبَّة ودافئة؛ لم يكن بإمكانها النجاة من دونها. كانت دائمًا هناك لتهدئة ماريا بعد مهاجمة والدها لها، لكنها لم تفعل أي شيء لحماية أطفالها من غضب والدهم.

ـ أعتقد أن والدتي نفسها كان لديها الكثير من الخوف. لديَّ شعور بأنها لم تحمِنا لأنها شعرت بأنها محاصرة.

في هذه المرحلة، اقترحت أن الوقت قد حان لدعوة والدة ماريا الحقيقية إلى الغرفة. مسحت ماريا المجموعة بعينيها وابتسمت بشكل مشرق وهي تطلب من كريستين، وهي فنانة شقراء ذات مظهر اسكندنافي، أن تلعب دور والدتها الحقيقية. قبلت كريستين ناطقةً بالكلمات الرسمية للبنية:

ـ ألتحق بوصفي أمك الحقيقية، التي كانت دافئة محبَّة والتي لولاها ما كنت لتنجين، لكنها فشلت في حمايتك من والدك المسيء.

طلبت منها ماريا أن تجلس على وسادة إلى يمينها، أقرب بكثير من والدها الحقيقي.

شجعتُ ماريا على النظر إلى كريستين ثم سألتها:

ـ إذن، ماذا يحدث عندما تنظرين إليها؟

قالت ماريا بغضب:

ـ لا شيء.

فأشرت:

ـ الشاهد يرى كيف تتخشبين وأنت تنظرين إلى أمك الحقيقية وتقولين بغضب إنك لا تشعرين بأي شيء.

بعد صمت طويل، سألتها مرة أخرى:

ـ إذن، ماذا يحدث الآن؟

بدت ماريا منهارة أكثر قليلًا ثم كررت:

ـ لا شيء.

سألتها:

ـ هل هناك شيء تريدين قوله لأمك؟

أخيرًا قالت ماريا:

ـ أعلم أنك فعلتِ ما بوسعك.

وبعد لحظات:

ـ أردت منكِ حمايتي.

عندما بدأت تبكي بهدوء، سألتها:

ـ ما الذي يحدث في الداخل؟

قالت ماريا:

ـ أمسك بصدري، وأشعر وكأن قلبي ينبض بقوة. حزني يخرج إلى أمي؛ كم كانت غير قادرة على مواجهة أبي وحمايتنا. فقط تنغلق، وتتظاهر أن كل شيء على ما يرام، وفي عقلها ربما يكون الأمر كذلك، وهذا يجعلني

أشعر بالجنون اليوم. أريد أن أقول لها: «أمي، عندما أراك تتفاعلين مع أبي عندما يكون لئيمًا... عندما أرى وجهك، يبدو عليك الاشمئزاز ولا أعرف لماذا لا تقولين له: «ابتعد». أنت لا تعرفين كيف تقاتلين ـ إنكِ شخصية ضعيفة ـ هناك جزء منك ليس جيدًا وليس على قيد الحياة. لا أعرف حتى ما أريدك أن تقوليه. أنا فقط أريدك أن تكوني مختلفة ـ ما من شيء تفعلينه صحيح، كما لو كنت تقبلين كل شيء حتى عندما لا يكون الأمر على ما يرام بالمرة».

أشرت:

ـ الشاهد يرى مدى قوتك فيما تريدين أن تقف والدتك في وجه والدك.

ثم تحدثت ماريا عن رغبتها في أن تهرب والدتها مع الأطفال وتأخذهم بعيدًا عن والدها المرعب.

ثم اقترحت تسجيل عضوة أخرى في المجموعة لتمثيل والدتها المثالية. قامت ماريا بمسح الغرفة مرة أخرى بعينيها واختارت إيلين، وهي معالجة ومعلمة فنون قتالية. وضعتها ماريا على وسادة إلى يمينها بينها وبين والدتها الحقيقية وطلبت من إيلين أن تضع ذراعها حولها. سألتها:

ـ ماذا تريدين أن تقول والدتك المثالية لوالدك؟

أجابت:

ـ أريدها أن تقول: «إذا كنت ستتحدث هكذا، سأتركك وآخذ الأطفال. لن نجلس هنا ونستمع إلى هذا الهراء».

كررت إيلين كلمات ماريا. ثم سألتُ:

ـ ماذا سيحدث الآن؟

ردت ماريا:

ـ يعجبني ذلك. لديَّ القليل من الضغط في رأسي. أنفاسي حرة. لديَّ رقصة نَشِطة خفية في جسمي الآن. حلو.

أخبرتها:

ـ يمكن للشاهد أن يرى مدى سعادتك عندما تسمعين والدتك تقول إنها لن تتحمل هذا الهراء من والدك، وإنها ستأخذك بعيدًا عنه.

بدأت ماريا تبكي وقالت:

ـ كنت لأكون قادرة على أن أكون فتاة صغيرة آمنة وسعيدة.

تمكنت من رؤية العديد من أعضاء المجموعة يبكون بصمت من زاوية عينَي ـ فاحتمال النمو بأمان وسعادة كان له صدى واضح مع أشواقهم.

بعد فترة قصيرة، اقترحت أن الوقت قد حان لاستدعاء والد ماريا المثالي. كان بإمكاني أن أرى البهجة في عينَي ماريا وهي تمسح المجموعة بعينيها، متخيلة والدها المثالي. اختارت أخيرًا داني. أعطيته النص الذي عليه قوله، وقال لها بلطف:

ـ ألتحق بوصفي والدك المثالي، الذي كان ليحبّك ويهتم بك ولم يكن ليخيفك.

وجهته ماريا للجلوس بالقرب منها، إلى يسارها، وابتسمت بابتهاج. قالت بتعجب:

ـ أمي وأبي الصحيّان!

أجبت:

ـ اسمحي لنفسك بأن تشعري بهذه الفرحة وأنتِ تنظرين إلى والد مثالي كان ليهتم بك.

صرخت ماريا:

ـ إنه جميل.

وألقت ذراعيها حول داني، وابتسمت له من خلال دموعها.

ـ أتذكر لحظة حنونة حقًا مع والدي، وهذا ما أشعر به. أود أن تكون والدتي بجواري أيضًا.

استجاب كلا الوالدين المثاليين بحنان واحتضناها. تركتهم هناك لفترة من الوقت حتى يتمكنوا من استيعاب التجربة بالكامل.

انتهينا مع قول داني:

ـ لو كنت والدك المثالي في ذلك الوقت، لكنت أحببتك بهذا الشكل وما كنت لأوقع قسوتي عليك.

بينما أضافت إيلين:

ـ لو كنت أمك المثالية، لكنت دافعت عنك وعني وحميتك وما كنت لأدع أي ضرر يلحق بك.

بعد ذلك، تقدمت جميع الشخصيات بأقوال نهائية، وانسحبوا من الأدوار التي لعبوها، واستأنفوا رسميًا أن يكونوا أنفسهم.

إعادة كتابة سيناريو حياتك

ما من أحد يكبر في ظل ظروف مثالية ـ كما لو أننا نعرف حتى ما هي الظروف المثالية. كما قال صديقي الراحل ديفيد سيرفان شرايبر ذات مرة: كل حياة صعبة بطريقتها الخاصة. لكننا نعلم أنه من أجل أن نصبح بالغين واثقين بأنفسنا وقادرين، من المفيد للغاية أن ننشأ مع آباء مستقرّين ويمكن التنبؤ بأفعالهم؛ آباء يسعدون بك، وباكتشافاتك واستقصاءاتك؛ آباء يساعدونك في تنظيم مجيئك وذهابك؛ آباء يعملون كنماذج يُحتذى بها في الرعاية الذاتية والتوافق مع الآخرين.

من المرجح أن تظهر العيوب في أيٍّ من هذه المناطق لاحقًا في الحياة. من المرجح أن يفتقر الطفل الذي تعرّض للتجاهل أو الإذلال المزمن إلى احترام الذات. من المحتمل أن يجد الأطفال الذين لم يُسمح لهم بتأكيد أنفسهم صعوبة في الدفاع عن أنفسهم كبالغين، ومعظم البالغين الذين تعرضوا لمعاملة وحشية عندما كانوا أطفالًا يحملون غضبًا مشتعلًا يحتاج إلى قدر كبير من الطاقة لاحتوائه.

ستعاني علاقاتنا كذلك. كلما عانينا الألم والحرمان في وقت مبكر بشكل أكبر، زادت احتمالية تفسير أفعال الآخرين على أنها موجهة ضدنا،

وقل فهمنا لمعاناتهم، ومكامن انعدام الشعور بالأمان عندهم، ومخاوفهم. إذا لم نتمكن من تقدير مدى تعقيد حياتهم، فقد نرى أي شيء يفعلونه على أنه تأكيد على أننا سوف نتأذّى ونصاب بخيبة أمل.

رأينا في الفصول المتعلقة ببيولوجيا الصدمة كيف أن الصدمة والهجران يفصلان الناس عن أجسامهم من حيث هي مصدر للمتعة والراحة، أو حتى من حيث هي جزء من أنفسهم يحتاج إلى رعاية وتغذية. عندما لا يمكننا الاعتماد على أجسامنا للإشارة إلى السلامة أو التحذير، وبدلًا من ذلك نشعر بالانغمار المزمن من التحركات الجسدية، فإننا نفقد القدرة على الشعور بالأمان في جلدنا، وبالتالي في العالم. ما دامت خريطتهم للعالم تستند إلى الصدمة، وسوء المعاملة، والإهمال، فمن المرجح أن يبحث الناس عن طرق مختصرة للنسيان. متوقعين الرفض، والسخرية، والحرمان، يترددون في تجربة خيارات جديدة، على ثقة بأنها ستؤدي إلى الفشل. هذا النقص في التجارب يحبس الناس في مصفوفة من الخوف، والعزلة، والندرة حيث يستحيل الترحيب بالتجارب ذاتها التي قد تغير نظرتهم الأساسية للعالم.

هذا هو أحد أسباب قيمة التجارب عالية البَنيَة للعلاج النفسي الحركي. يمكن للمشاركين أن يُسقطوا واقعهم الداخلي بأمان على مساحة مليئة بأشخاص حقيقيين، حيث يمكنهم استكشاف نشاز وارتباك الماضي. يؤدي هذا إلى لحظات تجلٍّ ملموسة: «نعم، هذا ما كانت عليه الحال. هذا ما كان عليَّ التعامل معه. وهذا ما كنت لأشعر به في ذلك الوقت لو كنت موضع صَون واحتضان». اكتساب تجربة حسية للشعور بالتَّثمين والحماية كطفل يبلغ من العمر ثلاثة أعوام في الحاوية شبه الغيبوبية لِبنيةٍ يسمح للناس بإعادة صياغة تجربتهم الداخلية، كما هي الحال في «يمكنني التفاعل تلقائيًّا مع أشخاص آخرين من دون الاضطرار إلى الخوف من التعرُّض للرفض أو الجرح».

تسخِّر البِنى القوة غير العادية للخيال لتحويل السرديات الداخلية التي تدفع وتحصر أداءنا في العالم. مع الدعم المناسب، يمكن الكشف عن الأسرار التي كانت في يوم من الأيام خطيرة للغاية بحيث لا يمكن الكشف عنها ليس فقط للمعالج، الذي هو أب لاحق يُصغي إلى اعترافاتك، ولكن، في خيالنا، للأشخاص الذين آذونا وخانونا بالفعل.

إن الطبيعة ثلاثية الأبعاد للبِنية تحوِّل ما هو مخفي، وممنوع، ومحط خوف إلى واقع ملموس ومرئي. وفي هذا، تُشبه البنية إلى حد ما علاج «أنظمة الأسرة الداخلية»، الذي استكشفناه في الفصل السابق. يستدعي علاج «أنظمة الأسرة الداخلية» الأجزاء المنقسمة التي قمتَ بإنشائها من أجل النجاة ويمكِّنك من التعرف عليها والتحدث إليها، بحيث يمكن أن تَظهر نفسك غير التالفة. في المقابل، تخلق البِنية صورة ثلاثية الأبعاد لمن وما يجب عليك التعامل معه وتمنحك فرصة لخلق نتيجة مختلفة.

يتردد معظم الناس في الذهاب إلى آلام وخيبات أمل الماضي ـ فهذا يَعِد فقط بإعادة ما لا يطاق. لكن مع عكسها ومشاهدتها، يبدأ واقع جديد في التبلور. يبدو العكس الدقيق مختلفًا تمامًا عن التعرض للتجاهل، والنقد، والاستخفاف. يمنحك الإذن لتشعر بما تشعر به وتعرف ما تعرفه ـ أحد الأسس الجوهرية للتعافي.

تتسبَّب الصدمة في أن يظل الناس عالقين في تفسير الحاضر في ضوء الماضي غير المتغير. المشهد الذي تعيد تكوينه في بِنية قد يكون أو لا يكون بالضبط ما حدث، لكنه يمثل بِنية عالمك الداخلي: خريطتك الداخلية والقواعد المخفية التي كنت تعيش بها.

التجرُّؤ على قول الحقيقة

قدت مؤخرًا بِنية جماعية أخرى مع رجل يبلغ من العمر ستة وعشرين عامًا يُدعى مارك، والذي سمع وهو في سن الثالثة عشرة عن طريق الخطأ والده

يمارس الجنس عبر الهاتف مع خالته. شعر مارك بالارتباك، والإحراج، والأذى، والخيانة، والشلل بسبب معرفته بهذا، لكن عندما حاول التحدث مع والده حول ذلك، قوبل بالاهتياج والإنكار: قيل له إن لديه خيالًا قذرًا واتُّهِم بمحاولة تفريق الأسرة. لم يجرؤ مارك قَطُّ على إخبار والدته، ولكن من الآن فصاعدًا لوَّثت أسرار الأسرة ونفاقها كل جانب من جوانب حياته المنزلية ومنحته إحساسًا واسع النطاق بأنه لا يمكن الوثوق بأحد. بعد المدرسة، قضى فترة مراهقته المنعزلة يتسكع في ملاعب كرة السلة في الحي أو في غرفته يشاهد التلفزيون. عندما كان في الحادية والعشرين من عمره، ماتت والدته ـ منفطرة القلب، كما يقول مارك ـ وتزوَّج والده خالته. لم يُدعَ مارك إلى الجنازة أو الزفاف.

تستحيل أسرار مثل هذه إلى سموم داخلية ـ حقائق لا يُسمح لك أن تعترف بها لنفسك أو للآخرين ولكنها مع ذلك تُصبح نموذج حياتك. لم أكن أعرف أيًا من هذا التاريخ عندما انضم مارك إلى المجموعة، لكنه تميَّز ببعده العاطفي، وفي أثناء تسجيل الحضور، اعترف بأنه شعر بأن ضبابًا كثيفًا يفصله عن الجميع. كنت قلقًا للغاية بشأن ما سيُكشف عنه بمجرد أن بدأنا في النظر خلف مظهره الخارجي المجمَّد والخالي من التعبيرات.

عندما دعوت مارك للتحدث عن عائلته، قال بضع كلمات ثم بدا وكأنه ينغلق أكثر. ولذا، شجعته على طلب «شخصية اتصال» لدعمه. اختار عضو المجموعة الأشيب، ريتشارد، ووضع ريتشارد على وسادة بجانبه، ملامسًا كتفه. ثم، عندما بدأ يروي قصته، قام مارك بوضع جو، بعدِّه والده الحقيقي، على بعد عشرة أقدام أمامه، وطلب من كارولين، التي مثَّلت والدته، أن تقبع في زاويةٍ مُخفيةً وجهها. طلب مارك، بعد ذلك، من أماندا أن تلعب دور خالته، وأن تقف بتحدٍّ معطية جانبها، وذراعاها متقاطعتان فوق صدرها ـ ممثلة كل النساء الماكرات، وذوات الأجندات الخاصة، واللائي لا يرحمن في مطاردتهن للرجال.

ماسحًا بعينيه اللوحة التي رسمها، جلس مارك مستقيمًا وعيناه مفتوحتان؛ من الواضح أن الضباب قد أزيل. قلت:

ـ يمكن للشاهد أن يرى مدى ذعرك وأنت ترى ما كان عليك التعامل معه.

أومأ مارك برأسه بتقدير وظل صامتًا وحزينًا لبعض الوقت. ثم، وهو ينظر إلى «والده»، انفجر:

ـ أيها الأحمق، أيها المنافق، خرَّبت حياتي.

دعوت مارك ليخبر «والده» بكل الأشياء التي كان يريد أن يخبره بها ولكنه لم يستطِع ذلك. تبعت ذلك قائمة طويلة من الاتهامات. وجهت «الأب» بالرد جسديًا كما لو كان قد تعرض للكم، حتى يرى مارك أن ضرباته قد سقطت في موضعها. لم يفاجئني عندما قال مارك بشكل عفوي إنه كان دائمًا قلقًا من أن اهتياجه سيخرج عن نطاق السيطرة، وأن هذا الخوف منعه من الدفاع عن نفسه في المدرسة، والعمل، وفي علاقات أخرى.

بعد أن واجه مارك «والده»، سألته عما إذا كان يود أن يتولى ريتشارد دورًا جديدًا: دور والده المثالي. طلبت من ريتشارد أن ينظر في عينَي مارك مباشرة ويقول:

ـ لو كنت والدك المثالي في ذلك الوقت، لكنت استمعت إليك ولم أتهمك بأن لديك خيالًا قذرًا.

عندما كرر ريتشارد هذا، بدأ مارك يرتجف.

ـ يا إلهي، كانت الحياة ستختلف كثيرًا لو كنت قد وثقت بوالدي وتحدثت عما يجري. كان من الممكن أن يكون لديَّ أب.

ثم طلبت من ريتشارد أن يقول:

ـ لو كنت والدك المثالي في ذلك الوقت، لكنت رحبت بغضبك وكان لك والد يمكنك الوثوق به.

بدا مارك مسترخيًا وقال إن ذلك كان سيحدث فرقًا كبيرًا في العالم.

ثم خاطب مارك بديلة خالته. شعرت المجموعة بالذهول بشكل واضح عندما أطلق عليها سيلًا من الإساءات:

ـ أيتها العاهرة المتواطئة، أيتها الطاعنة في الظَّهر. خنتِ أختك ودمرت حياتها. دمرت عائلتنا.

بعد أن انتهى، بدأ مارك يبكي. ثم قال، بعد ذلك، إنه كان دائمًا يشك بشدة في أي امرأة تبدي اهتمامًا به. استغرق ما تبقى من البِنية نصف ساعة أخرى، حيث قمنا بتهيئة الظروف له ببطء لخلق امرأتين جديدتين: الخالة المثالية، التي لم تخُن أختها ولكن ساعدت في إعالة أسرتها المهاجرة المعزولة، والأم المثالية، التي حافظت على اهتمام زوجها وتفانيه ولم تمُت منفطرة القلب. أنهى مارك البِنية بهدوء وهو يمسح بعينيه وبابتسامة راضية على وجهه المشهدَ الذي خلقه.

خلال الفترة المتبقية من ورشة العمل، كان مارك عضوًا منفتحًا وقيِّمًا في المجموعة، وبعد ثلاثة أشهر أرسل إليَّ بريدًا إلكترونيًّا يقول إن هذه التجربة غيرت حياته. كان قد انتقل مؤخرًا للعيش مع صديقته الأولى، وعلى الرغم من أنهما قاما ببعض المناقشات الساخنة حول ترتيبهما الجديد، فإنه كان قادرًا على استيعاب وجهة نظرها من دون أن يتوقف عن الكلام بشكل دفاعي، أو يعود إلى خوفه أو اهتياجه، أو يشعر بأنها كانت تحاول أن تخدعه. اندهش من أنه شعر بأنه على ما يرام عند الاختلاف معها، وأنه كان قادرًا على الدفاع عن نفسه. ثم طلب مني اسم معالج في مجتمعه يساعده في التغييرات الهائلة التي كان يجريها في حياته، ولحسن الحظ كان لديَّ زميل يمكنني إحالته إليه.

مضادات للذكريات المؤلمة

مثل صفوف نماذج محاكاة السرقة التي ناقشتها في الفصل الثالث عشر، فإن البِنى في العلاج النفسي الحركي تحمل إمكانية تكوين ذكريات افتراضية تعيش جنبًا إلى جنب مع حقائق الماضي المؤلمة وتوفِّر تجارب حسية

للشعور بالرؤية، والاحتضان، والدعم يمكن أن تكون بمنزلة مضادَّات لذكريات الأذى والخيانة. من أجل التغيير، يحتاج الناس إلى أن يصبحوا على دراية حشوية بالحقائق التي تتعارض بشكل مباشر مع المشاعر الثابتة للذات المجمَّدة أو المذعورة للصدمة، ويستبدلوا بها أحاسيس متجذرة في الأمان، والإتقان، والبهجة، والاتصال. كما رأينا في الفصل الخاص بـ«إزالة التحسس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين»، تتمثل إحدى وظائف الحلم في إنشاء تداعيات تتشابك فيها الأحداث المحبطة لليوم مع بقية حياة الفرد. على عكس أحلامنا، لا تزال البِنى الحركية النفسية خاضعة لقوانين الفيزياء، لكن يمكنها أيضًا إعادة حياكة الماضي.

بالطبع، لا يمكننا إلغاء ما حدث، لكن يمكننا إنشاء سيناريوهات عاطفية جديدة قوية وحقيقية بما يكفي لإبطال مفعول بعض تلك السيناريوهات القديمة والتصدي لها. تقدِّم لوحات الاستشفاء الخاصة بالبِنى تجربة لم يعتقد العديد من المشاركين أنها ممكنة بالنسبة إليهم: أن يُرحَّب بهم في عالم يسعد فيه الناس بهم، ويحمونهم، ويلبُّون احتياجاتهم، ويجعلونك تشعر وكأنك في بيتك.

الفصل التاسع عشر

علم الأعصاب التطبيقي:
إعادة توصيل العقل المدفوع بالخوف
باستخدام تقنية تلاقي الدماغ/الكمبيوتر



«هل هي حقيقة ـ أم كنت أحلم بها ـ أنه عن طريق الكهرباء، أصبح عالم المادة عصبًا عظيمًا، يهتز آلاف الأميال في نقطة زمنية لاهثة؟».

– ناثانيال هوثورن

«إن القدرة على إعادة انتباهٍ متجوِّلٍ طواعية، مرارًا وتكرارًا، هي أصل الحكم، والشخصية، والإرادة».

– ويليام جيمس

في الصيف التالي لسنتي الأولى في كلية الطب، عملت مساعد باحث بدوام جزئي في مختبر إرنست هارتمان للنوم في «مستشفى ولاية بوسطن». كانت وظيفتي إعداد ومراقبة المشاركين في الدراسة وتحليل ذبذبات «مخطط كهربية الدماغ» (electroencephalogram) أو موجات الدماغ. يأتي المشاركون في المساء؛ ألصق مجموعة من الأسلاك على فروة رأسهم ومجموعة أخرى من الأقطاب الكهربائية حول أعينهم لتسجيل حركات

العين السريعة التي تحدث في أثناء الحلم. ثم أصطحبهم إلى غرف نومهم، وأتمنى لهم ليلة سعيدة، وأشغِّل «البوليجراف»، وهو جهاز ضخم به ٣٢ مِرقَمًا لنقل نشاط دماغهم إلى بكرة مستمرة من الورق.

على الرغم من أن المشاركين كانوا ينامون بسرعة، تابعت الخلايا العصبية لأدمغتهم تواصلها الداخلي المحموم، الذي كان ينقل إلى «البوليجراف» طوال الليل. أجلس لأتفحَّص «مخطط كهربية الدماغ» الخاص بالليلة السابقة، وأتوقف من وقت إلى آخر لأُصغي إلى نتائج «البيسبول» على الراديو الخاص بي، وأستخدم الاتصال الداخلي لإيقاظ المشاركين كلما أظهر «البوليجراف» دورة نوم «حركة العين السريعة». أسأل عما حلموا به وأكتب ما ذكروه، ثم أساعدهم في الصباح على ملء استبيان حول جودة النوم وأودِّعهم.

وثَّقت تلك الليالي الهادئة في مختبر هارتمان قدرًا كبيرًا من نوم «حركة العين السريعة»، وأسهمت في بناء الفهم الأساسي لعمليات النوم، ما مهد الطريق للاكتشافات الحاسمة التي ناقشتها في الفصل الخامس عشر. ومع ذلك، حتى وقت قريب، ظل الأمل طويل الأمد في أن يساعدنا «مخطط كهربية الدماغ» على فهمٍ أفضل لكيفية مساهمة نشاط الدماغ الكهربائي في المشكلات النفسية غير محقق إلى حد كبير.

رسم الدوائر الكهربائية للدماغ

قبل ظهور الثورة الدوائية، كان من المفهوم على نطاق واسع أن نشاط الدماغ يعتمد على كلٍّ من الإشارات الكيميائية والكهربائية. كادت الهيمنة اللاحقة لعلم الأدوية تطمس الاهتمام بالفيزيولوجيا الكهربية للدماغ لعدة عقود.

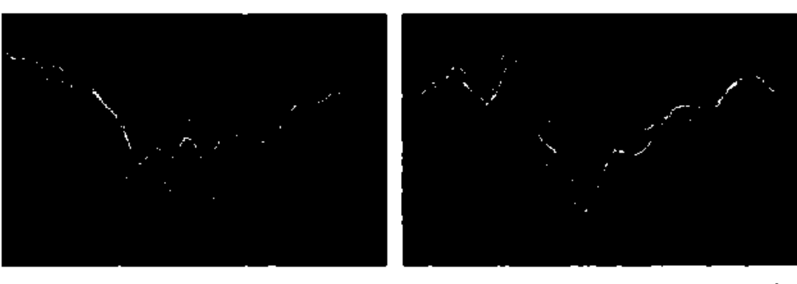
أُجري أول تسجيل للنشاط الكهربائي للدماغ في عام ١٩٢٤ على يد الطبيب النفسي الألماني هانز بيرجر. قوبلت هذه التقنية الجديدة في البداية بالتشكيك والسخرية من قِبل المؤسسة الطبية، لكن «مخطط كهربية

الدماغ» أصبح تدريجيًا أداة لا غنى عنها لتشخيص نشاط النوبات لدى مرضى الصرع. اكتشف بيرجر أن أنماط موجات الدماغ المختلفة تعكس أنشطة عقلية مختلفة. (على سبيل المثال، أدت محاولة حل مسألة حسابية إلى حدوث انفجارات في نطاق تردد سريع بشكل معتدل يُعرف باسم «بيتا»). وكان يأمل في أن يتمكّن العلم في النهاية من ربط المشكلات النفسية المختلفة باختلالات معينة في «مخطط كهربية الدماغ». عُزّز هذا التوقع من خلال التقارير الأولى عن أنماط «مخطط كهربية الدماغ» لدى «الأطفال الذين يعانون مشكلات سلوكية» في عام ١٩٣٨[٤٣١]. كان لدى معظم هؤلاء الأطفال مفرطي النشاط والاندفاعيين موجات أبطأ من المعتاد في الفصوص الأمامية. كُرِّرت هذه النتيجة مرات لا حصر لها منذ ذلك الحين، وفي عام ٢٠١٣ اعتُمد نشاط الموجة البطيئة قبل الجبهية من قِبل «إدارة الغذاء والدواء» بعدِّه علامة بيولوجية على «اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه». يفسر النشاط الكهربائي البطيء في الفص الجبهي سبب ضعف الأداء التنفيذي لهؤلاء الأطفال: تفتقر أدمغتهم العقلانية إلى التحكم المناسب في أدمغتهم العاطفية، وهو ما يحدث أيضًا عندما تتسبب إساءة المعاملة والصدمة في جعل المراكز العاطفية مفرطة التنبُّه إلى الخطر وتنظِّمها للقتال أو الهروب.

في بداية مسيرتي المهنية، كنت آمل أيضًا أن يساعدنا «مخطط كهربية الدماغ» على إجراء تشخيص أفضل، وبين عامَي ١٩٨٠ و١٩٩٠، أرسلت عديدًا من مرضاي للحصول على مخططات لتحديد ما إذا كان عدم الاستقرار العاطفي لديهم متجذرًا في تشوهات عصبية. وردت التقارير عادةً مصحوبة بعبارة: «تشوهات غير محددة في الفص الصدغي»[٤٣٢]. لم يخبرني هذا بالكثير، ولأن الطريقة الوحيدة التي يمكننا بها تغيير هذه الأنماط الغامضة في ذلك الوقت كانت بالأدوية، التي لها آثار جانبية أكثر من الفوائد، تخلَّيتُ عن القيام روتينيًّا بعمل مخططات لمرضاي.

بعد ذلك، في عام ٢٠٠٠، جددت دراسة أجراها صديقي ألكساندر ماكفارلين ورفاقه (باحثون في أديلايد، أستراليا) اهتمامي، حيث وثقت اختلافات واضحة في معالجة المعلومات بين الأشخاص المصابين بصدمات ومجموعة من الأستراليين «العاديين». استخدم الباحثون اختبارًا موحدًا يسمى «نموذج الكرة الغريبة» حيث يُطلب من المشاركين اكتشاف العنصر الذي لا يتناسب مع سلسلة من الصور تحمل شيئًا مشتركًا بينها (مثل بوق بين مجموعة من الطاولات والكراسي). لم تكن أيٌّ من الصور مرتبطة بالصدمة.

في المجموعة «الطبيعية»، عملت الأجزاء الرئيسية من الدماغ معًا لإنتاج نمط متماسك من التصفية، والتركيز، والتحليل. (تُنظَر الصورة اليمنى أدناه). في المقابل، كانت موجات دماغ المشاركين المصابين بصدمات أكثر تناسقًا بشكل غير محكم وفشلت في التجمُّع معًا في نمطٍ متماسك. على وجه التحديد، لم يولِّدوا نمط الموجة الدماغية الذي يساعد الناس على الانتباه إلى المهمة المطروحة من خلال تصفية المعلومات غير ذات الصلة (المنحنى التصاعدي المسمَّى «إن ٢٠٠»). بالإضافة إلى ذلك، فإن التكوين الأساسي لمعالجة المعلومات في الدماغ (الذروة النزولية المسمَّاة «بي ٣٠٠») كان ضعيف التعريف؛ يحدد عمق الموجة مدى قدرتنا على استيعاب وتحليل البيانات الجديدة. كانت هذه معلومات جديدة مهمة حول كيفية معالجة الأشخاص المصابين بصدمات للمعلومات غير الصادمة التي لها آثار عميقة لفهم معالجة المعلومات اليومية. يمكن أن تفسر أنماط موجات الدماغ هذه لماذا يعاني الكثير من الأشخاص المصابين بصدمات صعوبةَ التعلم من التجربة والمشاركة الكاملة في حياتهم اليومية. إن أدمغتهم لم تُنظَّم بحيث تُولي اهتمامًا دقيقًا لما يجري في الوقت الحاضر.



الأشخاص العاديون مقابل أولئك الذين يعانون الصدمة. أنماط الانتباه. بعد أجزاء من الثانية من تقديم مدخلات للدماغ فإنه يبدأ في تنظيم معنى المعلومات الواردة. عادةً، تتعاون جميع مناطق الدماغ في نمط متزامن (يمين)، بينما تكون الموجات الدماغية لدى أولئك الذين يعانون اضطراب كرب ما بعد الصدمة أقل تنسيقًا؛ يعاني الدماغ صعوبة في تصفية المعلومات غير ذات الصلة ومشكلات في الاهتمام بالمحفِّز المطروح أمامه.

ذكرتني دراسة ساندي ماكفارلين بما قاله بيير جانيت في عام ١٨٨٩: «الكرب الناجم عن الصدمة هو مرض عدم القدرة على العيش بشكل كامل في الوقت الحاضر». بعد سنوات، عندما شاهدت فيلم «خزانة الألم» (The Hurt Locker)، الذي يتناول تجارب الجنود في العراق، تذكرت على الفور دراسة ساندي: عند تعاملهم مع ضغط شديد، كان هؤلاء الرجال يؤدُّون بتركيز شديد الدقة؛ لكن في الحياة المدنية كان الانغمار يتملَّك منهم عند اتخاذ خيارات بسيطة في أحد المتاجر. نشهد الآن إحصاءات مثيرة للقلق حول عدد قدامى المحاربين العائدين الذين التحقوا بالكليات بمساعدة قانون «جي آي» لكنهم لم يُكملوا شهاداتهم. (تزيد بعض التقديرات على ٨٠ في المائة). إن مشكلاتهم الموثَّقة جيدًا مع التركيز والانتباه تسهم بالتأكيد في هذه النتائج السيئة.

أوضحت دراسة ماكفارلين آلية محتملة لقلة التركيز والانتباه عند المصابين باضطراب كرب ما بعد الصدمة، لكنها قدَّمت أيضًا تحديًا جديدًا تمامًا: هل هناك أي طريقة لتغيير أنماط الموجات الدماغية

المختلة وظيفيًا هذه؟ مرت سبعة أعوام قبل أن أعلم أنه قد تكون هناك طرق للقيام بذلك.

في عام ٢٠٠٧، قابلت سيبرن فيشر في مؤتمر حول الأطفال الذين يعانون اضطراب التعلُّق. كانت سيبرن المديرة السريرية السابقة لمركز علاج سكني للمراهقين الذين يعانون اضطرابات شديدة، وقد أخبرتني أنها كانت تستخدم الارتجاع العصبي (neurofeedback) في عيادتها الخاصة لمدة عشرة أعوام تقريبًا. أرتني رسومات رسمها طفل يبلغ من العمر عشرة أعوام قبل وبعد استخدامها للارتجاع العصبي عليه. كان هذا الطفل يعاني نوبات غضب شديدة، وصعوبات في التعلُّم، وصعوبات عامة في التنظيم الذاتي إلى درجة أنه لم يكن من الممكن التعامل معه في المدرسة[٤٣٣].

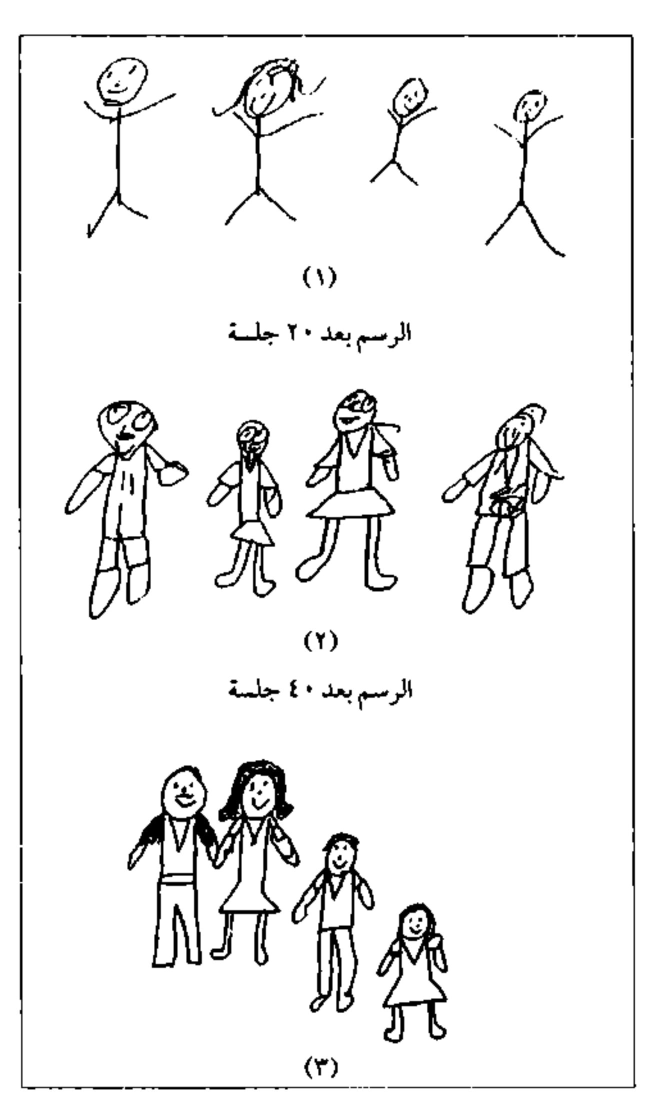
كانت صورته العائلية الأولى (على الصفحة اللاحقة)، التي رُسمت قبل بدء العلاج، في المستوى النمائي لطفل يبلغ من العمر ثلاثة أعوام. بعد أقل من خمسة أسابيع، بعد عشرين جلسة من الارتجاع العصبي، انخفضت نوبات غضبه وأظهر رسمه تحسُّنًا ملحوظًا في التعقيد. بعد عشرة أسابيع وعشرين جلسة أخرى، أخذ رسمه قفزة أخرى في التعقيد وعاد سلوكه إلى طبيعته.

لم أصادف قَطُّ علاجًا يمكن أن يُنتج مثل هذا التغيير الدراماتيكي في الأداء العقلي في فترة وجيزة من الوقت. ولذلك، عندما عرضت سيبرن أن تعطيني شرحًا للارتجاع العصبي، قبلت بشغف.

رؤية سيمفونية الدماغ

في مكتبها، في نورثامبتون، ماساتشوستس، أرتني سيبرن معدَّات الارتجاع العصبي الخاصة بها ـ كمبيوتران مكتبيان ومكبر صوت صغير ـ وبعض البيانات التي جمعتها. ثم قامت بلصق قطب كهربائي على كل جانب من جمجمتي وآخر على أذني اليمنى. سُرعان ما كان الكمبيوتر المقابل لي يعرض صفوفًا من موجات الدماغ تُشبه تلك التي رأيتها في «بوليجراف» مختبر النوم قبل ثلاثة عقود. يمكن للكمبيوتر المحمول الصغير الخاص بسيبرن اكتشاف،

وتسجيل، وعرض السيمفونية الكهربائية لدماغي بشكل أسرع وأكثر دقة من معدات مختبر هارتمان التي كانت تبلغ قيمتها على الأرجح مليون دولار.



(١)

الرسم بعد ٢٠ جلسة

(٢)

الرسم بعد ٤٠ جلسة

(٣)

من شخصيات مرسومة بخطوط مستقيمة إلى كائنات بشرية محددة بوضوح. بعد أربعة أشهر من الارتجاع العصبي، تُظهِر رسومات عائلية لصبي يبلغ من العمر عشر سنوات ما يعادل ست سنوات من النمو العقلي.

كما أوضحت سيبرن، فإن الارتجاع يزود الدماغ بمرآة لوظيفته: التذبذبات والإيقاعات التي تدعم التيارات والتيارات المتقاطعة للعقل. يدفع الارتجاع العصبي الدماغ لعمل المزيد من بعض الترددات والقليل من بعض الترددات الأخرى، ما يخلق أنماطًا جديدة تعزز تعقيده الطبيعي وتحيُّزه نحو التنظيم الذاتي[٤٣٤]. أخبرتني:

ـ في الواقع، قد نحرر خصائص تذبذبية فطرية ولكن عالقة في الدماغ ونسمح لخصائص جديدة بالتطور.

عدَّلت سيبرن بعض الإعدادات، «لتثبيت المكافأة وتثبيط بعض الترددات»، كما أوضحت، بحيث يعزز الارتجاع أنماط موجات دماغية مختارة مع تثبيط أخرى. كنت الآن أنظر إلى شيء مثل لعبة فيديو تضم ثلاث سفن فضاء بألوان مختلفة. كان الكمبيوتر يصدر نغمات غير منتظمة، وكانت سفن الفضاء تتحرك بشكل عشوائي تمامًا. اكتشفت أنه عندما رمشت عيناي توقفت هذه السفن، وعندما حدَّقت بهدوء إلى الشاشة، تحركت جنبًا إلى جنب، مصحوبة بإشارات صوتية منتظمة. ثم شجعتني سيبرن على جعل سفينة الفضاء الخضراء تتقدَّم على الآخرين. انحنيت للأمام للتركيز، لكن كلما حاولت أكثر، تأخَّرت سفينة الفضاء الخضراء. ابتسمت وأخبرتني أن أدائي سيكون أفضل بكثير إذا استرخيت وتركت عقلي يستقبل الارتجاع الذي كان الكمبيوتر يولده. ولذا، أرجعت ظهري إلى الخلف، وبعد فترة نمت النغمات بشكل ثابت وبدأت سفينة الفضاء الخضراء تتقدم على الآخرين. شعرت بالهدوء والتركيز ـ وكانت سفينتي الفضائية تفوز.

من بعض النواحي، يشبه الارتجاع العصبي مشاهدة وجه شخص ما في أثناء إجراء محادثة معه. إذا رأيت ابتسامات أو إيماءات طفيفة، فإنك تُكافأ، وتواصل سرد قصتك أو إيضاح وجهة نظرك. لكن في اللحظة التي يبدو فيها أن شريكك في المحادثة يشعر بالملل أو يغير نظرته، ستبدأ في إنهاء الموضوع أو تغييره. في الارتجاع العصبي، تكون المكافأة عبارة عن

نغمة أو حركة على الشاشة بدلًا من ابتسامة، ويكون التثبيط أكثر حيادية بكثير من العبوس ـ إنه ببساطة نمط غير مرغوب فيه.

بعد ذلك، قدمت سيبرن ميزة أخرى للارتجاع العصبي: قدرته على تتبع الدوائر الكهربية في أجزاء معينة من الدماغ. نقلت الأقطاب الكهربائية من صدغي إلى جبيني الأيسر، وبدأت أشعر بالتيقُّظ والتركيز. أخبرتني أنها كانت تكافئ موجات «بيتا» الموجودة في قشرتي الأمامية، والتي تُعدُّ مسؤولة عن تنبُّهي. عندما حركت الأقطاب الكهربائية إلى تاج رأسي، شعرت بمزيد من الانفصال عن صور الكمبيوتر وأكثر وعيًا بالأحاسيس الموجودة في جسدي. بعد ذلك، أرتني رسمًا بيانيًّا موجزًا سجَّل كيف تغيرت موجات دماغي فيما عانيت تغيرات طفيفة في حالتي العقلية وأحاسيسي الجسدية.

كيف يمكن استخدام الارتجاع العصبي للمساعدة في علاج الصدمة؟ كما أوضحت سيبرن: «من خلال الارتجاع العصبي، نأمل أن نتدخل في الدوائر الكهربائية التي تعزِّز وتحافظ على حالات الخوف وسمات الخوف، والخزي، والغضب. إن الإشعال المتكرر لهذه الدوائر هو ما تتَّسم به الصدمة». يحتاج المرضى إلى المساعدة لتغيير أنماط الدماغ المعتادة الناتجة عن الصدمة وعواقبها. عندما تسترخي أنماط الخوف، يصبح الدماغ أقل عرضة لتفاعلات التوتر التلقائية ويكون أكثر قدرة على التركيز على الأحداث العادية. بعد كل شيء، التوتر ليس خاصية متأصِّلة في الأحداث نفسها ـ إنه وظيفة لكيفية تصنيفنا لها وتفاعلنا معها. يعمل الارتجاع العصبي ببساطة على استقرار الدماغ وزيادة مرونته، ما يسمح لنا بتطوير المزيد من الخيارات في كيفية الاستجابة.

ولادة الارتجاع العصبي

لم يكن الارتجاع العصبي تقنية جديدة في عام ٢٠٠٧. ففي أواخر الخمسينيات من القرن العشرين، اكتشف أستاذ علم النفس في جامعة

شيكاغو جو كاميا، الذي كان يدرس ظاهرة الإدراك الداخلي، أنه يمكن للناس التعلُّم من خلال الارتجاع لمعرفة متى ينتجون موجات «ألفا»، التي ترتبط بالاسترخاء. (استغرق الأمر من بعض المشاركين أربعة أيام فقط للوصول إلى دقة بنسبة مائة في المائة). ثم أوضح أنه يمكنهم أيضًا الدخول طوعًا في حالة «ألفا» استجابةً لإشارة صوتية بسيطة.

في عام ١٩٦٨، نُشِر مقال عن عمل كاميا في المجلة الشعبية «سايكولوجي توداي» (علم النفس اليوم)، وأصبحت فكرة أن تدريب «ألفا» يمكن أن يخفِّف من التوتر والظروف المرتبطة بالتوتر معروفة بشكل واسع الانتشار[٤٣٥]. أول عمل علمي يُظهر أن الارتجاع العصبي يمكن أن يكون له تأثير في الحالات المرضية قام به باري ستيرمان من جامعة كاليفورنيا في لوس أنجلوس. طلبت «الإدارة الوطنية للملاحة الجوية والفضاء» من ستيرمان دراسة سُمِّية وقود الصواريخ «مونوميثيل هيدرازين»، والذي كان معروفًا أنه يسبب الهلوسة، والغثيان، والنوبات. سبق أن درب ستيرمان بعض القطط على إنتاج تردد معين من «مخطط كهربية الدماغ» يُعرف بالإيقاع الحسي الحركي. (في القطط، يرتبط هذا التنبيه بحالة التركيز بانتظار إطعامها). اكتشف أنه بينما أصيبت قطط المختبر العادية بنوبات صرع بعد التعرض لـ«مونوميثيل هيدرازين»، فإن القطط التي تلقت الارتجاع العصبي لم يحدث لها ذلك. أدى التدريب بطريقة ما إلى استقرار أدمغتها.

في عام ١٩٧١، أوصل ستيرمان المشاركة البشرية الأولى، ماري فيربانكس البالغة من العمر ٢٣ عامًا، بجهاز ارتجاع عصبي. كانت ماري تعاني الصرع منذ سن الثامنة، مع تعرُّضها لنوبات صرع كبيرة مرتين أو أكثر في الشهر. تدربت لمدة ساعة في اليوم مرتين في الأسبوع. بعد نهاية ثلاثة أشهر، كانت تقريبًا خالية من النوبة. تلقى ستيرمان، بعد ذلك، منحة من «المعاهد الوطنية للصحة» لإجراء دراسة أكثر منهجية، ونُشِرَت النتائج الرائعة في مجلة «إبيليبسيا» في عام ١٩٧٨[٤٣٦].

انتهت فترة التجريب هذه والتفاؤل الهائل بشأن إمكانات العقل البشري في منتصف السبعينيات من القرن العشرين مع اكتشاف عقاقير نفسية جديدة. تبنَّى الطب النفسي وعلم الدماغ نموذجًا كيميائيًّا للعقل والدماغ، وحلَّت مقاربات العلاج الأخرى في المرتبة الثانية.

منذ ذلك الحين، نما مجال الارتجاع العصبي بشكل متقطع، مع إجراء الكثير من الأعمال الأساسية العلمية في أوروبا، وروسيا، وأستراليا. على الرغم من وجود قرابة عشرة آلاف ممارس للارتجاع العصبي في الولايات المتحدة، فإن هذه الممارسة لم تكن قادرة على حشد التمويل البحثي اللازم لاكتساب قبول واسع النطاق. قد يكون أحد الأسباب أن هناك العديد من أنظمة الارتجاع العصبي المتنافسة؛ بجانب أن الإمكانات التجارية محدودة. لا يغطي التأمين سوى عدد قليل من التطبيقات، ما يجعل الارتجاع العصبي باهظ التكلفة للمستهلكين، ويمنع الممارسين من حشد الموارد اللازمة لإجراء دراسات واسعة النطاق.

من مأوى مُشرَّدين
إلى محطة التمريض

رتبت لي سيبرن مواعيد للتحدث مع ثلاثة من مرضاها. روى الجميع قصصًا رائعة، لكن عندما استمعتُ إلى ليزا البالغة من العمر سبعة وعشرين عامًا، والتي كانت تدرس التمريض في كلية قريبة، شعرت بأني أستيقظ حقًّا على الإمكانات المذهلة لهذا العلاج. امتلكت ليزا أعظم عامل مرونة يمكن أن يمتلكه البشر: كانت شخصًا جذابًا ـ جذابة، وفضولية، وذكية بشكل واضح. تواصلت بالعين بشكل رائع، وكانت حريصة على مشاركة ما تعلمته عن نفسها. أفضل ما في الأمر، مثل العديد من الناجين الذين عرفتهم، أنها حظيت بحس دعابة ساخر ورأي لذيذ بشأن الحماقة البشرية.

بناءً على ما عرفته عن خلفيتها، كان الهدوء الشديد ورباطة الجأش اللذان

تمتعت بهما بمنزلة معجزة. أمضت أعوامًا في منازل جماعية ومستشفيات عقلية، وكانت ضيفة مألوفة على غرف الطوارئ في غرب ماساتشوستس ـ الفتاة التي كانت تصل بانتظام بسيارة الإسعاف، نصف ميتة من جرعات زائدة من الأدوية الموصوفة أو مدمّاة من جروح أصابت بها نفسها.

إليك كيف بدأت قصتها:

ـ كنت أحسد الأطفال الذين يعرفون ما سيحدث عندما يسكر آباؤهم. على الأقل، يمكنهم توقُّع الخراب. لم يكن هناك نمط في منزلي. يمكن لأي شيء أن يزعج والدتي ـ تناول العشاء، مشاهدة التلفزيون، العودة إلى المنزل من المدرسة، ارتداء الملابس ـ ولم أعرف قَطُّ ما الذي ستفعله أو كيف ستؤذيني. كان الأمر عشوائيًا للغاية.

هجر والدها الأسرة عندما كانت في الثالثة من عمرها، وتركها تحت رحمة والدتها المصابة بالذهان. كلمة «تعذيب» ليست قوية بشكل مبالغ فيه لوصف الإساءات التي تعرَّضت لها. قالت لي:

ـ عشت في الغرفة العلوية، وكانت هناك غرفة أخرى حيث اعتدت الذهاب والتبول على السجادة لأني كنت خائفة جدًّا من النزول إلى الحمام في الطابق السفلي. كنت أزيل كل الملابس عن الدمى وأضع أقلام الرصاص فيها وأعلقها على نافذتي.

عندما كانت في الثانية عشرة من عمرها، هربت ليزا من المنزل والتقطتها الشرطة وأعادتها. بعد أن هربت مرة أخرى، تدخلت خدمات حماية الطفل، وأمضت الأعوام الستة التالية في مستشفيات أمراض عقلية، وملاجئ، ومنازل جماعية، وأسر حاضنة، وفي الشارع. لم يدم أي موضع، لأن ليزا كانت منفصلة ومدمِّرة للذات جدًّا إلى درجة أنها أرعبت القائمين على رعايتها. كانت تهاجم نفسها أو تدمِّر الأثاث وبعد ذلك لا تتذكر ما فعلته، ما أكسبها سمعة بأنها كاذبة متلاعبة. أخبرتني ليزا، عند التفكير بما حدث في السابق، أنها ببساطة تفتقر إلى اللغة اللازمة لتوصيل ما يجري معها.

عندما بلغت الثامنة عشرة، «نضجت» عن خدمات حماية الطفل وبدأت حياة مستقلة، حياة من دون أسرة، أو تعليم، أو مال، أو مهارات. لكن بعد فترة وجيزة من خروجها من المستشفى، قابلت سيبرن، التي كانت قد حصلت للتو على أول جهاز للارتجاع العصبي وتذكرت ليزا من مركز العلاج السكني الذي كانت تعمل فيه. لطالما تمتَّعت بإحساس حنون تجاه هذه الفتاة الضائعة، ودعت ليزا لتجربة أجهزتها الجديدة.

كما تذكَّرت سيبرن:

ـ عندما جاءت ليزا لرؤيتي لأول مرة، كان الوقت خريفًا. كانت تتجول بنظرة خاوية، حاملة يقطينة أينما ذهبت. لم يكن لديها ببساطة أي نقطة مرجعية. ولم أكن متأكدة من أني قد رأيت أي ذات منظَّمة بداخلها.

كان أي شكل من أشكال العلاج بالكلام مستحيلًا بالنسبة إلى ليزا. عندما تسألها سيبرن عن أي شيء يسبب التوتر، تنغلق أو تصاب بالذعر. بكلمات ليزا:

ـ في كل مرة حاولنا فيها التحدث عما حدث لي خلال نشأتي، كنت أعاني انهيارًا. أستيقظ مصابة بجروح وحروق ولا أكون قادرة على تناول الطعام. لا أكون قادرة على النوم.

كان شعورها بالرعب كُلِّي الوجود:

ـ كنت خائفة طوال الوقت. لم أحب أن أُلمَس. كنت دائمًا متقلبة المزاج وعصبية. لم أستطِع إغلاق عينَي إذا كان هناك شخص آخر بالجوار. لم يكن هناك ما يقنعني بأن شخصًا ما لن يركلني في الثانية التي أغمض فيها عينَي. يجعلك ذلك تشعر بالجنون. تعلم أنك في غرفة مع شخص تثق به، وتعلم عقليًّا أنه لن يحدث لك شيء، ولكن بعد ذلك هناك باقي جسمك ولا يمكنك الاسترخاء أبدًا. إذا وضع شخص ما ذراعه حولي، أنظر إليه متفحِّصة.

كانت عالقة في حالة صدمة لا مفر منها.

تتذكر ليزا إصابتها بحالة الانفصال هذه عندما كانت طفلة صغيرة، لكن الأمور ساءت بعد البلوغ:

ـ بدأت أستيقظ وأرى جروحًا على جسمي، وكان الناس في المدرسة يعرفونني بأسماء مختلفة. لم أستطِع الحصول على صديق ثابت لأني كنت أرغب في مواعدة شباب آخرين خلال مروري بحالة الانفصال، ثم لم أكن أتذكر ما حدث. كنت أتعرَّض للإغماء كثيرًا وأفتح عينَي على مواقف غريبة جدًّا.

مثل العديد من الأشخاص الذين أصيبوا بصدمات شديدة، لم تستطِع ليزا التعرف على نفسها في المرآة(٤٣٧). لم أسمع قَطُّ أي شخص يصف بهذا الوضوح ما تكون عليه الحال عند افتقاد المرء إحساسه المستمر بالذات.

لم يكن هناك من يؤكد واقعها.

ـ عندما كنت في السابعة عشرة من عمري وأعيش في منزل جماعي للمراهقات المضطربات بشدة، جرحت نفسي جدًّا بغطاء علبة من الصفيح. أخذوني إلى غرفة الطوارئ، لكني لم أستطِع إخبار الطبيب أني جرحت نفسي ـ لم أتذكر ذلك بأي شكل. كان طبيب غرفة الطوارئ مقتنعًا بأن «اضطراب الهوية الانفصامية» غير موجود... يخبرك الكثير من الأشخاص المعنيين بالصحة العقلية أنه غير موجود. لا يعني ذلك أنك لا تعاني منه، ولكن أنه غير موجود.

كان أول شيء فعلته ليزا بعد أن تخطت برنامج العلاج السكني الخاص بها هو التوقف عن تناول الأدوية. وكما أقرَّت:

ـ هذا لا يعمل مع الجميع، ولكن اتضح أنه الاختيار الصحيح شخصيًّا. أعرف أشخاصًا يحتاجون إلى أدوية، لكن لم تكن هذه هي الحال بالنسبة إليَّ. بعد التوقف عن تناولها والبدء في الارتجاع العصبي، أصبحت أكثر وضوحًا.

عندما دعت ليزا لإجراء الارتجاع العصبي، لم يكن لدى سيبرن أدنى فكرة

عما يمكن توقعه، حيث ستكون ليزا أول مريضة انفصال تجرب عليها. تقابلنا مرتين في الأسبوع وشرعنا في مكافأة أنماط دماغية أكثر تماسكًا في الفص الصدغي الأيمن، مركز الخوف في الدماغ. بعد بضعة أسابيع، لاحظت ليزا أنها لم تعد متوترة مع الناس كما كانت عليه الحال، ولم تعد تخشى غرفة الغسيل في الطابق السفلي من بنايتها. ثم جاء تقدُّم أكبر: توقفت عن الانفصال. تتذكر قائلة:

ـ لطالما عانيت همهمةً مستمرة من المحادثات منخفضة المستوى في رأسي. كنت خائفة من أني مصابة بالفصام. بعد نصف عام من الارتجاع العصبي، توقفت عن سماع تلك الأصوات. دُمِجتُ، على ما أعتقد. فقط اتَّحد كل شيء.

عندما طورت ليزا إحساسًا مستمرًّا بالذات، أصبحت قادرة على التحدث عن تجاربها:

ـ يمكنني الآن التحدث عن أشياء مثل طفولتي. لأول مرة، بدأت أن أكون قادرة على الخضوع للعلاج النفسي. حتى ذلك الحين لم تكن لديَّ مسافة كافية ولم أستطِع تملك الهدوء الكافي. إذا كنت لا تزال داخل تلك الحالة، فمن الصعب عليك التحدث عنها. لم أتمكن من التعلُّق بالطريقة التي تحتاج إليها للتعلُّق والانفتاح بالطريقة التي تحتاج إليها للانفتاح من أجل الحصول على أي نوع من العلاقة مع المعالج.

كان هذا كشفًا مذهلًا: الكثير من المرضى يدخلون ويخرجون من العلاج، غير قادرين على التواصل بشكل هادف لأنهم ما زالوا «داخل الحالة». بالطبع، إذا لم يعرف الناس مَن هم، فلن يتمكنوا من رؤية حقيقة الأشخاص من حولهم.

استطردت ليزا:

ـ كان هناك الكثير من القلق بشأن التعلُّق. كنت أذهب إلى غرفة وأحاول حفظ كل طريقة ممكنة للخروج، كل التفاصيل المتعلقة بشخص. كنت أحاول جاهدة تتبع كل ما يمكن أن يؤذيني. الآن، أعرف الناس بطريقة

مختلفة. لا يتعلق الأمر بحفظهم بدافع الخوف. فعندما لا تخشى التعرض للأذى، يمكنك معرفة الناس بشكل مختلف.

خرجت هذه الشابة البليغة من أعماق اليأس والارتباك بدرجة من الوضوح والتركيز لم أرَها من قبل. كان من الواضح أنه كان علينا استكشاف إمكانات الارتجاع العصبي في «مركز الصدمة».

الشروع في العمل بالارتجاع العصبي

كان علينا أولًا أن نقرر أي نظام من بين الأنظمة الخمسة المختلفة الموجودة للارتجاع العصبي يجب أن نتبنى، ثم أن نجد عطلة أسبوعية طويلة لتعلُّم المبادئ والممارسة على بعضنا بعضًا[٤٣٨]. تطوع ثمانية موظفين وثلاثة مدربين بوقتهم لاستكشاف تعقيدات «مخطط كهربية الدماغ»، والأقطاب الكهربائية، وردود الفعل الناتجة عن الكمبيوتر. في صباح اليوم الثاني من التدريب، عندما كنت أشارك في ذلك مع زميلي مايكل، وضعت قطبًا كهربائيًّا على الجانب الأيمن من رأسه، مباشرة فوق الشريط الحسي من دماغه، وكافأته بتردد ١١ إلى ١٤ هرتز. بعد فترة وجيزة من انتهاء الجلسة، طلب مايكل انتباه المجموعة. أخبرنا أنه قد مر بتجربة رائعة للتو. كان يشعر دائمًا بالتوتر وعدم الأمان إلى حد ما في وجود أشخاص آخرين، حتى في وجود زملاء مثلنا. على الرغم من أنه لم يبدُ أن أحدًا لاحظ ذلك ـ كان، بعد كل شيء، معالجًا يحظى باحترام كبير ـ فقد عاش مع شعور مزمن ومتلهِّم بالخطر. ذهب هذا الشعور الآن، وصار يشعر بالأمان، والاسترخاء، والانفتاح. على مدى السنوات الثلاث التالية، خرج مايكل من أسلوبه المنزوي المعتاد ليتحدى المجموعة بتصوراته وآرائه، وأصبح أحد أهم المساهمين في برنامج الارتجاع العصبي الخاص بنا.

بمساعدة «مؤسسة العلوم التطبيقية والطبيعية»، بدأنا دراستنا الأولى مع مجموعة من سبعة عشر مريضًا لم يستجيبوا للعلاجات السابقة. استهدفنا

المنطقة الزمنية اليمنى للدماغ، المكان الذي أظهرت دراسات مسح الدماغ المبكرة لدينا (الموصوفة في الفصل الثالث)[٤٣٩] أنه نَشِط بشكل مفرط في أثناء الكرب الناتج عن الصدمة، وأعطيناهم عشرين جلسة للارتجاع العصبي على مدى عشرة أسابيع.

بالنظر إلى أن معظم هؤلاء المرضى يعانون «الألكيسيثيميا»، لم يكن من السهل عليهم الإبلاغ عن استجابتهم للعلاجات. لكن أفعالهم تحدثت عنهم: حضروا باستمرار في الوقت المحدد لمواعيدهم، حتى لو اضطروا إلى القيادة خلال العواصف الثلجية. لم ينسحب أيٌّ منهم، وفي نهاية الجلسات العشرين، تمكنَّا من توثيق التحسينات المهمة ليس فقط في درجات اضطراب كرب ما بعد الصدمة[٤٤٠]، ولكن أيضًا في راحتهم الشخصية، وتوازنهم العاطفي، ووعيهم الذاتي[٤٤١]. كانوا ينامون بشكل أفضل، وشعروا بهدوء وتركيز أكبر.

على أي حال، يمكن أن تكون التقارير الذاتية غير موثوقة؛ التغييرات الموضوعية في السلوك هي مؤشرات أفضل بكثير لمدى نجاح العلاج. كان أول مريض عالجته بالارتجاع العصبي مثالًا جيدًا. كان رجلًا محترفًا في أوائل الخمسينيات من عمره وعرف نفسه على أنه غيري جنسيًّا، لكنه سعى بشكل لا إرادي إلى الوصال الجنسي المثلي مع الغرباء كلما شعر بأنه يتعرض للهجران وسوء الفهم. انهار زواجه بسبب هذه القضية، وأصبح مصابًا بفيروس نقص المناعة البشرية؛ كان راغبًا بكل يأس في السيطرة على سلوكه. في أثناء علاج سابق، تحدث باستفاضة عن اعتداء عمه الجنسي عليه وهو في الثامنة من عمره تقريبًا. افترضنا أن لا إراديَّته مرتبطة بهذه الإساءة، لكن إجراء هذا الارتباط لم يحدث فرقًا في سلوكه. بعد أكثر من عام من العلاج النفسي المنتظم مع معالج مختص، لم يتغير شيء.

بعد أسبوع من بدء تدريب دماغه على إنتاج موجات أبطأ في الفص الصدغي الأيمن، خاض جدالًا مؤلمًا مع صديقة جديدة، وبدلًا من الذهاب كما هو معتاد للبحث عن الجنس في الأماكن التي يلتقي فيها أناس غرباء لهذا الغرض،

قرر الذهاب للصيد. نسبتُ هذه الاستجابة إلى المصادفة. ومع ذلك، خلال الأسابيع العشرة التالية، وفي خضم علاقته المضطربة، واصل البحث عن العزاء في صيد الأسماك وبدأ في تجديد كوخ على ضفاف بحيرة. عندما ألغينا ثلاثة أسابيع من الارتجاع العصبي - بسبب جداول العطلة الخاصة بنا، عاد نزوعه اللاإرادي فجأة، ما يشير إلى أن دماغه لم يستقر بعد في نمطه الجديد. تدربنا لمدة ستة أشهر أخرى، والآن، بعد أربع سنوات، أراه كل ستة أشهر تقريبًا لإجراء فحص. لم يشعر بأي دافع آخر للانخراط في أنشطته الجنسية الخطيرة.

كيف أصبح دماغه يستمد الراحة من الصيد بدلًا من السلوك الجنسي اللاإرادي؟ في هذه المرحلة، نحن ببساطة لا نعرف. الارتجاع العصبي يغير أنماط اتصال الدماغ؛ يتبع العقل ذلك من خلال إنشاء أنماط جديدة من المشاركة.

أساسيات موجات الدماغ من بطيئة إلى سريعة

كل سطر في «مخطط كهربية الدماغ» يرسم النشاط في جزء مختلف من الدماغ: مزيج من إيقاعات مختلفة، تتراوح على مقياس من بطيء إلى سريع[٤٤٢]. يتكون «مخطط كهربية الدماغ» من قياسات ارتفاعات متفاوتة (سعة) وأطوال موجية (تردد). يشير التردد إلى عدد المرات التي يرتفع فيها شكل الموجة وينخفض في الثانية الواحدة، ويُقاس بالهرتز، أو بعدد الدورات في الثانية. كل تكرار في «مخطط كهربية الدماغ» له صلة بفهم الصدمة ومعالجتها، والأساسيات سهلة الفهم نسبيًا.

تُرى موجات «دلتا»، أبطأ الترددات (٢-٥ هرتز)، غالبًا في أثناء النوم. يكون الدماغ في حالة خمول، والعقل متجه إلى الداخل. إذا كان لدى الناس الكثير من النشاط الموجي البطيء في أثناء استيقاظهم، فإن هذا يعني أن تفكيرهم ضبابي ويظهرون حكمًا سيئًا وضعفًا في التحكم في الانفعالات. يعاني ثمانون في المائة من الأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه والعديد من الأشخاص المصابين باضطراب كرب ما بعد الصدمة موجاتٍ بطيئةً مفرطة في الفصوص الأمامية.

مخطط كهربية الدماغ. على الرغم من عدم وجود علامة مميزة نموذجية لاضطراب كرب ما بعد الصدمة، فإن العديد من الأشخاص المصابين بصدمات قد زادوا بشكل حاد من نشاط الفص الصدغي، كما يفعل هذا المريض (T_3, T_4, T_5). يمكن أن يعمل الارتجاع العصبي على تطبيع أنماط الدماغ غير الطبيعية وبالتالي زيادة الاستقرار العاطفي.

معدل إشعال الموجة الدماغية مرتبط بحالة إثارتنا

الدورات لكل ثانية، أو هرتز

دلتا أقل من ٤ دورات في الثانية	ثيتا بين ٤ و٨ دورات في الثانية	ألفا بين ٨ و١٢ دورة في الثانية	الإيقاع الحسي الحركي بين ١٢ و١٥ دورة في الثانية	بيتا بين ١٥ و١٨ دورة في الثانية	بيتا العليا أكثر من ١٩ دورة في الثانية
نوم	نعاس	تركيز مريح	تفكير مريح	تفكير نَشِط	متحمس

الاكتئاب واضطراب نقص الانتباه ونشاط النوبات في هذا النطاق

ندرّب الدماغ على الانتقال إلى هذا النطاق لتعديل أعراض الاكتئاب واضطراب نقص الانتباه وتحسين نشاط النوبات

يسرِّع الحلم من موجات الدماغ. تسود ترددات «ثيتا» (٥-٨ هرتز) عند حافة النوم، كما هي الحال في حالة «هلوسات ما قبل الاستيقاظ من النوم» العائمة التي وصفتها في الفصل الخامس عشر حول «إزالة التحسس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين»، كما أنها من سمات حالات الغيبوبة المنوِّمة. تخلق موجات «ثيتا» إطارًا ذهنيًا غير مقيد بالمنطق أو بمتطلبات الحياة العادية،

وبالتالي تفتح إمكانية تكوين روابط وارتباطات جديدة. أحد أكثر علاجات الارتجاع العصبي لـ«مخطط كهربية الدماغ» الواعدة لاضطراب كرب ما بعد الصدمة، تدريب «ألفا»/ «ثيتا»، يستخدم هذه الخاصية لتخفيف الارتباطات المجمدة وتسهيل التعلم الجديد. على الجانب السلبي، تحدث ترددات «ثيتا» أيضًا عندما نكون «غير مشمولين» أو مكتئبين.

تكون موجات «ألفا» (٨-١٢ هرتز) مصحوبة بإحساس بالسلام والهدوء[٤٤٣]. وهي مألوفة لأي شخص تعلم التأمل اليقظ عقليًا. (أخبرني أحد المرضى ذات مرة أن الارتجاع العصبي عمل معه «مثلما يعمل التأمل القائم على «الستيرويدات»»). أستخدم تدريب «ألفا» في أغلب الأحيان في ممارستي لمساعدة الأشخاص الذين يعانون الخدرَ الشديد أو الانفعال الشديد لتحقيق حالة من الاسترخاء المركَّز. قدم «مركز والتر ريد الطبي العسكري الوطني» مؤخرًا أدوات تدريب «ألفا» لعلاج الجنود المصابين باضطراب كرب ما بعد الصدمة، ولكن في وقت كتابة هذه الصفحات لم تكن النتائج متاحة بعد.

موجات «بيتا» هي أسرع الترددات (١٣-٢٠ هرتز). عندما تسيطر، يتجه الدماغ إلى العالم الخارجي. تتيح لنا «بيتا» الانخراط في تركيز الانتباه في أثناء أداء مهمة ما. ومع ذلك، يرتبط ارتفاع «بيتا» (أكثر من ٢٠ هرتز) بالهياج، والقلق، وتوتر الجسم-في الواقع، نفحص البيئة المحيطة بنا باستمرار بحثًا عن الخطر.

مساعدة الدماغ على التركيز

يمكن أن يؤدي تدريب الارتجاع العصبي إلى تحسين الإبداع والتحكم الرياضي والوعي الداخلي، حتى لدى الأشخاص الذين حققوا بالفعل إنجازًا كبيرًا[٤٤٤]. عندما بدأنا في دراسة الارتجاع العصبي، اكتشفنا أن الطب الرياضي كان القسم الوحيد في جامعة بوسطن الذي كان لديه أي

معرفة بالموضوع. كان عالم النفس الرياضي لين زايشكوفسكي من أوائل أساتذتي في فسيولوجيا الدماغ، وسُرعان ما غادر بوسطن لتدريب فريق «فانكوفر كانوكس» على الارتجاع العصبي[٤٤٥].

ربما تمت دراسة الارتجاع العصبي بشكل أكثر شمولًا لتحسين الأداء مقارنةً بالمشكلات النفسية. في إيطاليا، استخدمه مدرب نادي «إيه سي ميلان» لكرة القدم لمساعدة اللاعبين على الاسترخاء والتركيز في أثناء مشاهدتهم مقاطع فيديو تُظهِر أخطاءهم. أتت السيطرة العقلية والفسيولوجية المتزايدة عليهم بثمارها عندما انضم العديد من اللاعبين إلى الفريق الإيطالي الذي فاز بكأس العالم ٢٠٠٦ ـ وعندما فاز «إيه سي ميلان» بالبطولة الأوروبية في العام التالي[٤٤٦]. ضُمِّن الارتجاع العصبي أيضًا في مكون العلوم والتكنولوجيا لـ«امتلك المنصة» (Own the Podium)، وهي خطة خمسية بقيمة ١١٧ مليون دولار مصمَّمة لمساعدة كندا على السيطرة على دورة الألعاب الأولمبية الشتوية لعام ٢٠١٠ في فانكوفر. فاز الكنديون بأكبر عدد من الميداليات الذهبية واحتلوا المركز الثالث في الترتيب العام.

وقد ثبت أن الأداء الموسيقي مفيد أيضًا. وجدت لجنة تحكيم من «الكلية الملكية البريطانية للموسيقى» أن الطلاب الذين دُرِّبوا بعشر جلسات من الارتجاع العصبي على يد جون جروزيلير من جامعة لندن تحسَّنوا بنسبة ١٠ في المائة عند أدائهم لمقطوعة موسيقية، مقارنةً بالطلاب الذين لم يتلقوا جلسات الارتجاع العصبي. يمثل هذا فارقًا كبيرًا في مثل هذا المجال التنافسي[٤٤٧].

بالنظر إلى تعزيزه للتركيز، والانتباه والتكثيف، فليس من المستغرب أن يلفت الارتجاع العصبي انتباه المتخصصين في اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط. أظهرت ما لا يقل عن ست وثلاثين دراسة أن الارتجاع العصبي يمكن أن يكون علاجًا فعَّالًا ومحدود الوقت لـ«اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه» ـ علاجًا يكاد يكون فعَّالًا بقدر الأدوية التقليدية[٤٤٨].

بمجرد تدريب الدماغ على إنتاج أنماط مختلفة من الاتصالات الكهربائية، لا يوجد علاج آخر ضروري، على عكس الأدوية، التي لا تغير نشاط الدماغ الأساسي وتعمل فقط ما دام استمر المريض في تناولها.

أين المشكلة في دماغي؟

يمكن لتحليل «مخطط كهربية الدماغ» المحوسب المتطور، والمعروف باسم «مخطط كهربية الدماغ الكمي» (quantitative electroencephalogram)، تتبُّع نشاط موجة الدماغ كل جزء من الألف من الثانية، ويمكن لبرنامجه الحاسوبي تحويل هذا النشاط إلى خريطة ملونة توضح الترددات الأعلى أو الأدنى في المناطق الرئيسية من الدماغ[٤٤٩]. يمكن أن يُظهر «مخطط كهربية الدماغ الكمي» أيضًا مدى جودة تواصل مناطق الدماغ أو عملها معًا. تتوفر العديد من قواعد بيانات «مخطط كهربية الدماغ الكمي» الكبيرة للأنماط الطبيعية وغير الطبيعية، ما يسمح لنا بمقارنة «مخطط كهربية الدماغ الكمي» للمريض مع المخططات الخاصة بآلاف الأشخاص الآخرين الذين يعانون مشكلات مماثلة. أخيرًا وليس آخرًا، على عكس «التصوير بالرنين المغناطيسي الوظيفي» وعمليات المسح ذات الصلة، فإن «مخطط كهربية الدماغ الكمي» غير مكلف نسبيًا وقابل للنقل.

يوفِّر المخطط دليلًا مقنعًا على الحدود التعسفية لفئات التشخيص الحالية الموجودة في «الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية». لا تتوافق تسميات الدليل الخاصة بالأمراض العقلية مع أنماط معينة من تنشيط الدماغ. ترتبط الحالات العقلية الشائعة في العديد من التشخيصات، مثل الارتباك، أو الاهتياج، أو الشعور باللاتجسُّد، بأنماط محددة في «مخطط كهربية الدماغ الكمي». بشكل عام، كلما زاد عدد المشكلات التي يعاني منها المريض، ظهر المزيد من التشوهات في المخطط[٤٥٠].

يجد مرضانا أنه من المفيد جدًّا أن يكونوا قادرين على رؤية أنماط

النشاط الكهربائي الموضعي في أدمغتهم. يمكننا أن نظهر لهم الأنماط التي يبدو أنها مسؤولة عن صعوبة تركيزهم أو افتقارهم إلى السيطرة العاطفية. يمكنهم معرفة سبب الحاجة إلى تدريب مناطق الدماغ المختلفة لتوليد ترددات وأنماط اتصال مختلفة. تساعدهم هذه التفسيرات على التحول من محاولات لوم الذات للتحكم في سلوكهم إلى تعلم معالجة المعلومات بشكل مختلف.

كما كتب إد هاملين، الذي دربنا على تفسير المخطط، إليَّ مؤخرًا:

> «يستجيب العديد من الأشخاص للتدريب، ولكن الأشخاص الذين يستجيبون بشكل أفضل وأسرع هم أولئك الذين يمكنهم رؤية كيفية ارتباط الارتجاع بشيء يقومون به. على سبيل المثال، إذا كنت أحاول مساعدة شخص ما على زيادة قدرته على الوجود، يمكننا أن نرى كيف يفعلون ذلك. ثم تبدأ الفائدة حقًّا في التراكم. هناك شيء مُمكِّن للغاية يتعلق بالحصول على تجربة تغيير نشاط دماغك بعقلك».

كيف تغير الصدمة موجات الدماغ؟

في مختبر الارتجاع العصبي الخاص بنا، نرى أفرادًا لديهم تاريخ طويل من الكرب الناجم عن الصدمة والذين استجابوا جزئيًّا فقط للعلاجات الحالية. تُظهِر «مخططات كهربية الدماغ الكمية» مجموعة متنوعة من الأنماط المختلفة. غالبًا ما يكون هناك نشاط مفرط في الفص الصدغي الأيمن، مركز الخوف في الدماغ، جنبًا إلى جنب مع الكثير من نشاط الموجة البطيئة الأمامية. هذا يعني أن أدمغتهم العاطفية مفرطة الحساسية تهيمن على حياتهم العقلية. أظهر بحثنا أن تهدئة مركز الخوف تقلل من المشكلات المرتبطة بالصدمة وتُحسن الأداء التنفيذي. ينعكس هذا ليس فقط في الانخفاض الكبير في درجات اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى المرضى، ولكن أيضًا في الوضوح العقلي المحسَّن وزيادة القدرة على تنظيم مدى الانزعاج الذي يشعرون به استجابةً للاستفزازات البسيطة نسبيًّا[٤٥١].

يُظهر مرضى آخرون مصابون بصدمات أنماطًا من النشاط المفرط في اللحظة التي يغلقون فيها أعينهم: عدم رؤية ما يدور حولهم يجعلهم يصابون بالذعر وتجمح موجات دماغهم. ندربهم على إنتاج أنماط دماغية أكثر استرخاءً. ومع ذلك، تبالغ مجموعة أخرى في رد الفعل تجاه الأصوات والضوء، وهي علامة على أن المهاد يجد صعوبة في تصفية المعلومات غير ذات الصلة. مع هؤلاء المرضى، نركز على تغيير أنماط الاتصال في الجزء الخلفي من الدماغ.

بينما يركز مركزنا على إيجاد العلاجات المثلى للإجهاد الناتج عن الصدمة طويل الأمد، يدرس ألكساندر ماكفارلين كيف يغير التعرض لتجربة القتال الأدمغة التي كانت طبيعية في السابق. طلبت وزارة الدفاع الأسترالية من مجموعته البحثية قياس آثار الانتشار للخدمة القتالية في العراق وأفغانستان على الوظائف العقلية والبيولوجية، بما في ذلك أنماط الموجات الدماغية. في المرحلة الأولية، قاس ماكفارلين وزملاؤه «مخطط كهربية الدماغ الكمي» على ١٧٩ جنديًا قتاليًا قبل أربعة أشهر وبعد أربعة أشهر من كل انتشار متتالٍ في الشرق الأوسط.

ووجدوا أن العدد الإجمالي لأشهر القتال على مدى فترة ثلاث سنوات ارتبط بانخفاض تدريجي في قوة «ألفا» في الجزء الخلفي من الدماغ. هذه المنطقة، التي تراقب حالة الجسم وتنظم العمليات الأولية مثل النوم والجوع، تمتلك عادةً أعلى مستوى من موجات «ألفا» مقارنةً بأي منطقة أخرى في الدماغ، خصوصًا عندما يغلق الناس أعينهم. كما رأينا، ترتبط «ألفا» بالاسترخاء. يعكس انخفاض قوة «ألفا» لدى هؤلاء الجنود حالة من الانفعالات المستمرة. في الوقت نفسه، تُظهِر موجات الدماغ الموجودة في مقدمة الدماغ، والتي عادةً ما تحتوي على مستويات عالية من «بيتا»، تباطؤًا تدريجيًا مع كل انتشار. يطور الجنود تدريجيًا نشاط الفص الجبهي الذي يشبه نشاط الأطفال المصابين باضطراب فرط

الحركة ونقص الانتباه، والذي يتداخل مع وظائفهم التنفيذية وقدرتهم على الانتباه المركَّز.

النتيجة النهائية هي أن الاستثارة، التي من المفترض أن تزودنا بالطاقة اللازمة للمشاركة في المهام اليومية، لم تعد تساعد هؤلاء الجنود على التركيز على المهام العادية. إنها ببساطة تجعلهم مهتاجين ومتململين. في هذه المرحلة من دراسة ماكفارلين، من السابق لأوانه معرفة ما إذا كان أيٌّ من هؤلاء الجنود سيصاب باضطراب كرب ما بعد الصدمة، وسيحدد الوقت فقط إلى أي درجة ستتكيَّف هذه العقول مع وتيرة الحياة المدنية.

الارتجاع العصبي وإعاقات التعلُّم

الإساءة والإهمال المزمنان في مرحلة الطفولة يتداخلان مع التوصيلات المناسبة لأنظمة الاندماج الحسي. في بعض الحالات، تنتج عن هذا صعوبات التعلم تشمل الاتصالات الخاطئة بين أنظمة السمع وأنظمة معالجة الكلمات، وضعف التنسيق بين اليد والعين. ما داموا متجمدين أو متفجرين، من الصعب معرفة حجم المشكلات التي يواجهها المراهقون في برامج العلاج السكنية الخاصة بنا في معالجة المعلومات اليومية، ولكن بمجرد معالجة مشكلاتهم السلوكية بنجاح، غالبًا ما تظهر إعاقات التعلم لديهم. حتى لو تمكن هؤلاء الأطفال المصابون بصدمات من الجلوس ساكنين ومتنبِّهين، فسيظل العديد منهم معاقًا بسبب ضعف مهاراتهم في التعلم[٤٥٢].

وصفت ليزا كيف تداخلت الصدمة مع التوصيلات المناسبة لوظائف المعالجة الأساسية. أخبرتني أنها «تاهت دائمًا» عند ذهابها إلى مكان ما، وتذكرت تأخرًا سمعيًّا ملحوظًا منعها من اتباع تعليمات معلميها. قالت:

ـ تخيل أنك في فصل دراسي، وتأتي المعلمة وتقول: «صباح الخير. انتقلوا إلى الصفحة الثانية والسبعين. وحلوا المسائل من واحد إلى

خمسة». إذا لم تركز لجزء من الثانية، يتحول الأمر إلى فوضى. كان من المستحيل التركيز.

ساعدها الارتجاع العصبي على عكس صعوبات التعلم هذه.

ـ تعلمت تتبع الأشياء؛ على سبيل المثال، لقراءة الخرائط. بعد أن بدأنا العلاج مباشرة، كان هناك هذا الوقت الذي لا يُنسى عندما كنت ذاهبة من بلدة أمهيرست إلى بلدة نورثامبتون [أقل من عشرة أميال] لمقابلة سيبرن. كان من المفترض أن أستقل حافلتين، لكن انتهى بي الأمر بالسير على طول الطريق السريع لمسافة ميلين. كنت غير منظَّمة إلى هذا الحد ـ لم أستطِع قراءة الجدول؛ لم أستطع تتبع الوقت. كنت متوترة ومُحفَّزة للغاية، ما جعلني أشعر بالتعب طوال الوقت. لم أستطع الانتباه والتركيز. فقط لم أستطع تنظيم عقلي حول الأمر.

يحدد هذا التصريح التحدي الذي يواجه علم الدماغ والعقل: كيف يمكننا مساعدة الناس على تعلم تنظيم الزمان والمكان، والمسافة والعلاقات، القدرات التي تُوضَع في الدماغ خلال السنوات القليلة الأولى من الحياة، إذا كانت الصدمة المبكرة قد تداخلت مع نموهم؟ لم تُظهِر الأدوية أو العلاج التقليدي القدرة على تنشيط المرونة العصبية اللازمة لتشغيل هذه القدرات بعد مرور الفترات الحرجة. حان الوقت الآن لدراسة ما إذا كان الارتجاع العصبي يمكن أن ينجح حيث فشلت التدخلات الأخرى.

تدريب «ألفا»-«ثيتا»

تدريب «ألفا»-«ثيتا» هو إجراء رائع بشكل خاص للارتجاع العصبي، لأنه يمكن أن يحفز أنواعًا من الحالات التنويمية ـ جوهر الغيبوبة التنويمية ـ التي ناقشتها في الفصل الخامس عشر[٤٥٣]. عندما تسود موجات «ثيتا» في الدماغ، ينصب تركيز العقل على العالم الداخلي، عالم من الصور العائمة الحرة. قد تعمل موجات دماغ «ألفا» كجسر من العالم الخارجي إلى

الداخل، والعكس صحيح. في تدريب «ألفا»-«ثيتا»، تُكافأ هذه الترددات بالتناوب.

التحدي في اضطراب كرب ما بعد الصدمة هو فتح العقل لإمكانات جديدة، بحيث لا يُفسَّر الحاضر على أنه إحياء مستمر للماضي. يمكن أن تساعد حالات الغيبوبة، التي يهيمن خلالها نشاط «ثيتا»، على تخفيف الروابط المشروطة بين محفز معين واستجاباته، مثل الفرقعات الصاخبة التي تشير إلى إطلاق النار، ما يمثل نذير الموت. يمكن إنشاء رابطة جديدة يمكن من خلالها ربط الفرقعات نفسها بالألعاب النارية التي تُطلق في الرابع من يوليو في نهاية اليوم وأنت على الشاطئ مع أحبائك.

في حالات الشفق التي يعززها تدريب «ألفا»-«ثيتا»، قد تُعاد تجربة الأحداث الصادمة بأمان وتُعزز ارتباطات جديدة. يُبلغ بعض المرضى عن صور غير عادية و/ أو رؤى عميقة عن حياتهم؛ يصبح آخرون ببساطة أكثر استرخاءً وأقل تيبُّسًا. أي حالة يمكن للناس فيها تجربة الصور، والمشاعر، والعواطف المرتبطة بالرهبة والعجز بأمان من المرجح أن تخلق إمكانات جديدة ومنظورًا أوسع.

هل يمكن لتدريب «ألفا»-«ثيتا» عكس أنماط فرط الإثارة؟ الأدلة المتراكمة واعدة. استخدم كلٌّ من يوجين بينيستون وبول كولكوسكي، وهما باحثان في «مركز فرجينيا الطبي» في فورت ليون، كولورادو، الارتجاع العصبي لعلاج تسعة وعشرين من قدامى المحاربين في فيتنام مع تاريخ من اثني عشر إلى خمسة عشر عامًا من اضطراب كرب ما بعد الصدمة المزمن المرتبط بالقتال. اختير خمسة عشر رجلًا منهم للخضوع لتدريب «ألفا»-«ثيتا» وأربعة عشر لمجموعة تحكم تلقت رعاية طبية قياسية، بما في ذلك أدوية نفسية وعلاج فردي وجماعي. في المتوسط، أُدخل المشاركون في كلتا المجموعتين إلى المستشفى أكثر من خمس مرات بسبب اضطراب كرب ما بعد الصدمة. سهَّل الارتجاع العصبي حالات الشفق للتعلم بواسطة

مكافأة كلٍّ من موجات «ألفا» و«ثيتا». عندما استلقى الرجال على كراسي وأعينهم مغلقة، دُرِّبوا للسماح لأصوات الارتجاع العصبي بتوجيههم نحو الاسترخاء العميق. طُلب منهم أيضًا استخدام الصور الذهنية الإيجابية (على سبيل المثال، أنهم غير مخمورين ويعيشون بثقة وسعادة) في أثناء انتقالهم نحو حالة «ألفا»-«ثيتا» شبه الغيبوبية.

هذه الدراسة، التي نُشرت في عام ١٩٩١، كانت لها واحدة من أفضل النتائج المسجلة على الإطلاق لاضطراب كرب ما بعد الصدمة. كان لدى مجموعة الارتجاع العصبي انخفاض كبير في أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة، وكذلك في الشكاوى الجسدية، والاكتئاب، والقلق، والارتياب. بعد مرحلة العلاج، جرى الاتصال بقدامى المحاربين وأفراد عائلاتهم شهريًّا لمدة ثلاثين شهرًا. أفاد ثلاثة فقط من الخمسة عشر الذين عولجوا بالارتجاع العصبي بذكريات مباغتة ولا إرادية وكوابيس مقلقة. اختار الثلاثة الخضوع لعشر جلسات تقوية؛ احتاج شخص واحد فقط للعودة إلى المستشفى لمزيد من العلاج. أربعة عشر من أصل خمسة عشر كانوا يستخدمون أدوية أقل بشكل ملحوظ.

في المقابل، شهد كل محارب قديم في مجموعة المقارنة زيادة في أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة خلال فترة المتابعة، وكلهم تطلبوا دخول المستشفى مرتين على الأقل. كما زاد عشرة من مجموعة المقارنة من استخدامهم للأدوية[٤٥٤]. كُرِّرت هذه الدراسة من قِبل باحثين آخرين، لكنها لم تلقَ إلا القليل من الاهتمام خارج مجتمع الارتجاع العصبي[٤٥٥].

الارتجاع العصبي واضطراب كرب ما بعد الصدمة والإدمان

يعاني ما يقرب من ثلث إلى نصف الأشخاص المصابين بصدمات شديدة مشكلات تعاطي المخدرات[٤٥٦]. منذ زمن هوميروس، استخدم الجنود الكحول لتخدير الألم، والانفعالية، والاكتئاب. في إحدى الدراسات

الحديثة، أصيب نصف ضحايا حوادث السيارات بمشكلات مع المخدرات أو الكحول. يؤدي تعاطي الكحول إلى جعل الناس طائشين، وبالتالي زيادة فرص تعرضهم للصدمة مرة أخرى (على الرغم من أن شرب الكحول في أثناء الاعتداء يقلل في الواقع من احتمالية الإصابة باضطراب كرب ما بعد الصدمة).

هناك علاقة دائرية بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة وتعاطي المخدرات: في حين أن المخدرات والكحول قد يوفران راحة مؤقتة من أعراض الصدمة، فإن الانسحاب منهما يزيد فرط الإثارة، ما يؤدي إلى تكثيف الكوابيس، والذكريات المباغتة واللاإرادية، والانفعالية. هناك طريقتان فقط لإنهاء هذه الحلقة المفرغة: عن طريق حل أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة بطرق مثل «إزالة التحسس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين» أو عن طريق علاج فرط الإثارة الذي هو جزء من كلٍّ من اضطراب كرب ما بعد الصدمة والانسحاب من المخدرات أو الكحول. توصف أدوية مثل «النالتريكسون» أحيانًا لتقليل فرط الإثارة، لكن هذا العلاج يساعد في بعض الحالات فقط.

عانت واحدة من أوائل النساء اللاتي دربتهن على الارتجاع العصبي إدمانًا طويل الأمد على الكوكايين، بالإضافة إلى تاريخ طفولة مروِّع من الاعتداء الجنسي والهجر. وما فاجأني كثيرًا أنها تخلصت من عادة الكوكايين الخاصة بها بعد الجلستين الأوليين وبعد خمس سنوات من المتابعة بعد ذلك لم تعد. لم أرَ أي شخص يتعافى بسرعة من تعاطٍ شديد للمخدرات، ولذلك، لجأت إلى المؤلفات العلمية الموجودة للحصول على إرشادات[٤٥٧]. أجريت معظم الدراسات حول هذا الموضوع منذ أكثر من عقدين؛ في الأعوام الأخيرة، نُشِر عدد قليل جدًّا من دراسات الارتجاع العصبي لعلاج الإدمان، على الأقل في الولايات المتحدة.

ينتكس ما بين ٧٥ في المائة و٨٠ في المائة من المرضى الذين يخضعون للعلاج من السموم والكحول وتعاطي المخدرات. ركزت دِراسة أخرى

أجراها كلٌّ من بينيستون وكولكوسكي ـ حول تأثيرات تدريب الارتجاع العصبي في قدامى المحاربين الذين لديهم تشخيص مزدوج بإدمان الكحول واضطراب كرب ما بعد الصدمة[٤٥٨] ـ على هذه المشكلة. تلقى خمسة عشر من قدامى المحاربين تدريب «ألفا»-«ثيتا»، بينما تلقت المجموعة الضابطة علاجًا قياسيًّا من دون الارتجاع العصبي. تُوبِعَ المشاركون بانتظام لمدة ثلاث سنوات، توقف خلالها ثمانية أعضاء من مجموعة الارتجاع العصبي عن الشرب تمامًا وشرب أحدهم مرة واحدة لكنه مرض ولم يشرب مرة أخرى. كان معظمهم أقل اكتئابًا بشكل ملحوظ. على حد تعبير بينيستون، فإن التغييرات التي أُبلغ عنها تتوافق مع كون الأشخاص «أكثر دفئًا، وأكثر ذكاءً، وأكثر استقرارًا من الناحية العاطفية، وأكثر جرأة اجتماعيًّا، وأكثر استرخاءً، وأكثر رضا»[٤٥٩]. في المقابل، أُعيد إدخال جميع أولئك الذين تلقوا علاجًا قياسيًّا إلى المستشفى في غضون ثمانية عشر شهرًا[٤٦٠]. منذ ذلك الوقت، نُشِر عدد من الدراسات حول الارتجاع العصبي لمعالجة الإدمان[٤٦١]، لكن هذا التطبيق المهم يحتاج إلى مزيد من البحث لتحديد إمكاناته وقيوده.

مستقبل الارتجاع العصبي

خلال الأعوام القليلة الماضية، درس مختبري آثار الارتجاع العصبي عند الأطفال والبالغين المصابين بصدمات. تؤكد النتائج التي توصلنا إليها القدرة الهائلة للارتجاع العصبي على إحداث فرق جوهري في حياة الناس. أدت عشرون جلسة من الارتجاع العصبي إلى انخفاض بنسبة ٤٠ في المائة في أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة عند مجموعة من المشاركين لديهم تاريخ مزمن من الصدمات ولم يستجيبوا بشكل كبير للعلاج بالكلام أو بالعقاقير. كان الأمر الأكثر إثارة للاهتمام هو التأثير الملحوظ للارتجاع العصبي في الأداء التنفيذي، والقدرة على تخطيط الأنشطة، وتوقع عواقب أفعال الفرد، والتنقل بسهولة بين مهمة وأخرى، والشعور بسيطرة المرء

على عواطفه[٤٦٢]، بزيادة قدرها ٦٠ في المائة. على حد علمي، لم يحقق أي علاج آخر مثل هذا التحسن الملحوظ في الأداء التنفيذي، والذي يتنبأ بمدى جودة أداء الشخص في العلاقات، وفي الأداء المدرسي، وفي العمل.

في ممارستي، أستخدم الارتجاع العصبي في المقام الأول للمساعدة في مشكلات فرط الإثارة، والارتباك، والتركيز عند الأشخاص الذين يعانون صدمات النمو. ومع ذلك، فقد أظهر أيضًا نتائج جيدة للعديد من المشكلات والحالات التي تتجاوز نطاق هذا الكتاب، بما في ذلك تخفيف صداع التوتر، وتحسين الأداء الإدراكي بعد إصابة صادمة للدماغ، وتقليل القلق ونوبات الذعر، وتعلم تعميق حالات التأمل، وعلاج التوحد، وتحسين السيطرة على النوبات، والتنظيم الذاتي في اضطرابات المزاج، وأكثر من ذلك. اعتبارًا من عام ٢٠١٣، يُستخدم الارتجاع العصبي في سبعة عشر مرفقًا عسكريًّا ومرفقًا متعلقًا بقدامى المحاربين لعلاج اضطراب كرب ما بعد الصدمة[٤٦٣]، وقد بدأ للتو تقييم التوثيق العلمي لفعاليته مع المحاربين الجدد. علق فرانك دافي، مدير الفسيولوجيا العصبية السريرية ومختبرات الفسيولوجيا العصبية التنموية في مستشفى بوسطن للأطفال: «تشير الأدبيات، التي تفتقر إلى أي دراسة سلبية، إلى أن الارتجاع العصبي يلعب دورًا علاجيًّا رئيسيًّا في العديد من المجالات المختلفة. في رأيي، إذا أظهر أي دواء مثل هذا الطيف الواسع من الفعالية، فسيُقبل عالميًّا ويستخدم على نطاق واسع»[٤٦٤].

لا يزال يتعين الإجابة عن العديد من الأسئلة حول بروتوكولات علاج الارتجاع العصبي، لكن النموذج العلمي يتحول تدريجيًّا في اتجاه يدعو إلى استكشاف أعمق لهذه الأسئلة. في عام ٢٠١٠، نشر توماس إنسل، مدير «المعهد الوطني للصحة العقلية»، مقالًا في مجلة «سايتنفيك أمريكان» بعنوان «الدوائر الكهربائية المعيبة»، دعا فيه إلى العودة إلى فهم العقل والدماغ من حيث إيقاعات وأنماط الاتصالات الكهربائية: «يمكن عدُّ مناطق الدماغ التي تعمل معًا لإجراء عمليات عقلية طبيعية (وغير طبيعية) على أنها مماثلة

للدوائر الكهربائية ـ يُظهر البحث الأخير أن خللًا في الدوائر بأكملها قد يكمن وراء العديد من الاضطرابات العقلية»[٤٦٥]. بعد ثلاثة أعوام، أعلن إنسل أن «المعهد الوطني للصحة العقلية» «يعيد توجيه أبحاثه بعيدًا عن فئات «الدليل التشخيصي والإحصائي»»[٤٦٦]، ويركز بدلًا من ذلك على «اضطرابات الشبكة العصبية البشرية»[٤٦٧].

كما أوضح فرانسيس كولينز، مدير «المعاهد الوطنية للصحة» (التي يعد «المعهد الوطني للصحة العقلية» جزءًا منها)، «تشير الشبكة العصبية إلى الشبكة المترابطة بشكل رائع من الخلايا العصبية في دماغك. مثل «الجينوم»، و«الميكروبيوم»، ومجالات الـ«وم» المثيرة الأخرى، أصبح الجهد المبذول لرسم خريطة الشبكة العصبية وفك تشفير الإشارات الكهربائية التي تنطلق من خلالها لتوليد أفكارك، ومشاعرك، وسلوكياتك ممكنًا من خلال تطوير أدوات وتكنولوجيات جديدة قوية»[٤٦٨]. ويجري الآن رسم خرائط تفصيلية للشبكة العصبية تحت رعاية «المعهد الوطني للصحة العقلية».

بينما ننتظر نتائج هذا البحث، أود أن أعطي الكلمة الأخيرة لليزا، الناجية التي عرفتني على الإمكانات الهائلة للارتجاع العصبي. عندما طلبت منها أن تلخص ما فعله العلاج لها، قالت:

ـ هدَّأني العلاج. أوقف الانفصال. يمكنني استخدام مشاعري؛ لا أهرب منها. لست رهينتها. لا يمكنني تشغيلها وإيقاف تشغيلها، لكن يمكنني وضعها بعيدًا. قد أكون حزينة بشأن الإساءة التي مررت بها، لكن يمكنني التخلص منها. يمكنني الاتصال بصديق ولا أتحدث عن الإساءة إذا كنت لا أريد التحدث عنها، أو يمكنني القيام بواجب منزلي أو تنظيف شقتي. تعني العواطف شيئًا ما الآن. لست قلقة طوال الوقت، وعندما أشعر بالقلق، يمكنني التأمل فيه. إذا كان القلق قادمًا من الماضي، يمكنني أن أجده هناك، أو يمكنني أن ألقي نظرة على علاقته بحياتي الآن. وهي ليست مجرد مشاعر سلبية، مثل الغضب والقلق ـ يمكنني

التأمل في الحب والألفة أو الانجذاب الجنسي. لست في حالة قتال أو هروب طوال الوقت. انخفض ضغط دمي. لست مستعدة جسديًّا للانطلاق في أي لحظة أو الدفاع عن نفسي ضد هجوم. جعل الارتجاع العصبي من الممكن أن تكون لي علاقة. حررني لأعيش حياتي بالطريقة التي أريدها، لأني لست دائمًا مستعبدة لكيف تعرَّضت للإيذاء وما فعله هذا بي.

بعد أربعة أعوام من لقائي بها وتسجيل محادثاتنا، تخرجت ليزا وكادت تكون الأولى على فصل مدرسة التمريض، وهي تعمل الآن بدوام كامل ممرضةً في مستشفى محلي.

الفصل العشرون

أن تعثر على صوتك: إيقاعات ومسرح جماعيين

«لا يتعلق التمثيل بأن تلبس شخصية بل باكتشاف الشخصية بداخلك: أنت الشخصية، وما عليك إلا أن تجدها في نفسك ـ وإن كانت نسخة موسَّعة جدًّا من نفسك».

– تينا باكر

استوحى العديد من العلماء الذين أعرفهم من المشكلات الصحية لأطفالهم طرقًا جديدة لفهم العقل، والدماغ، والعلاج. شفاء ابني من مرض غامض، بسبب عدم وجود اسم أفضل نسمِّيه «متلازمة التعب المزمن»، أقنعني بالإمكانات العلاجية للمسرح.

قضى نيك معظم الصفين السابع والثامن في الفراش، منتفخًا بسبب الحساسية والأدوية التي تركته مرهقًا للغاية إلى درجة عدم القدرة على الذهاب إلى المدرسة. رأيته أنا ووالدته يترسَّخ في هويته كطفل يكره نفسه ومعزول، وكنا يائسين لمساعدته. عندما أدركت والدته أنه كان يكتسب القليل من الطاقة نحو الساعة الخامسة مساءً، سجلناه في فصل مسائي في المسرح الارتجالي، حيث ستتاح له على الأقل فرصة للتفاعل مع أولاد

وبنات آخرين في سنه. انتقل إلى المجموعة وإلى التدريبات التمثيلية وسُرعان ما حصل على دوره الأول، دور «آكشن» في «قصة الجانب الغربي» (*West Side Story*)، وهو طفل قوي مستعد دائمًا للقتال، وله دور قيادي في غناء «مرحى، أيها الضابط كروبكي» (Gee, Officer Krupke). ذات يوم في المنزل، ضبطته يمشي مُختالًا، يمارس ما عليه أن يكون شخصًا ذا نفوذ. هل كان يطور إحساسًا جسديًا بالمتعة، متخيلًا نفسه على أنه رجل قوي يحظى بالاحترام؟

ثم اختير في دور «فونز» في «أيام سعيدة» (*Happy Days*). مسألة أن يُعشق من قِبل الفتيات ويسحر الجمهور أصبحت نقطة التحول الحقيقية في شفائه. على عكس تجربته مع العديد من المعالجين الذين تحدثوا معه حول مدى شعوره بالسوء، منحه المسرح فرصةً ليختبر بعمق وبشكل جسدي معنى أن يكون شخصًا آخر غير الصبي الذي يعاني صعوبات التعلم والحساسية المفرطة الذي أصبح عليه تدريجيًا. كونه مساهمًا مهمًا في مجموعة ما، منحه خبرة حشوية في القوة والكفاءة. أعتقد أن هذه النسخة الجديدة المجسدة من نفسه وضعته على طريق أن يصبح الراشد المبدع والمحب الذي هو عليه اليوم.

يُحدَّد إحساسنا بالقوة، ومدى شعورنا بالسيطرة، من خلال علاقتنا بأجسادنا وإيقاعاتها: استيقاظنا ونومنا وكيف نأكل، ونجلس، ونمشي كلها أشياء تحدد معالم أيامنا. من أجل العثور على صوتنا، يجب أن نكون في أجسادنا ـ قادرين على التنفس بشكل كامل وقادرين على الوصول إلى أحاسيسنا الداخلية. هذا نقيض الانفصال، «الخروج من الجسم» وجعل نفسك تختفي. إنه أيضًا نقيض الاكتئاب، الاستلقاء أمام شاشة تقدم ترفيهًا سلبيًا. التمثيل هو تجربة استخدام جسمك ليأخذ مكانك في الحياة.

مسرح الحرب

لم يكن تحول نيك المرة الأولى التي شهدت فيها فوائد المسرح. في عام ١٩٨٨، كنت لا أزال أعالج ثلاثة من قدامى المحاربين الذين يعانون اضطراب كرب ما بعد الصدمة والذين التقيتهم في «إدارة شؤون قدامى المحاربين»، وعندما أظهروا تحسنًا مفاجئًا في حيويتهم، وتفاؤلهم، وعلاقاتهم الأسرية، نسبته إلى مهاراتي العلاجية المتزايدة. ثم اكتشفت أن الثلاثة شاركوا في إنتاج مسرحي.

راغبين في تجسيد محنة قدامى المحاربين المشردين، أقنعوا الكاتب المسرحي ديفيد ماميت، الذي كان يعيش في مكان قريب، بالاجتماع أسبوعيًّا مع مجموعتهم لتطوير سيناريو حول تجاربهم. جنَّد ماميت، بعد ذلك، آل باتشينو، ودونالد ساذرلاند، ومايكل ج. فوكس للحضور إلى بوسطن لقضاء أمسية تسمَّى «مسودات الحرب» (*Sketches of War*)، والتي جمعت الأموال لتحويل عيادة «إدارة قدامى المحاربين»، حيث اعتدت مقابلة مرضاي، إلى مأوى لقدامى المحاربين المشردين[٤٦٩]. على خشبة المسرح مع ممثلين محترفين، كان الحديث عن ذكرياتهم عن الحرب وقراءة أشعارهم تجربة تحويلية بشكل أكبر مما يمكن أن يقدمه لهم أي علاج.

منذ العصور السحيقة، استخدم البشر الطقوس الجماعية للتعامل مع أقوى مشاعرهم وأكثرها رعبًا. يبدو أن المسرح اليوناني القديم، أقدم مسرح كتبنا سجلاته، نشأ من طقوس دينية تضمنت الرقص، والغناء، وإعادة تمثيل القصص الأسطورية. بحلول القرن الخامس قبل الميلاد، لعب المسرح دورًا مركزيًّا في الحياة المدنية، حيث جلس الجمهور على شكل حدوة حصان حول المسرح، ما مكنهم من رؤية مشاعر وردود أفعال بعضهم بعضًا.

قد تكون الدراما اليونانية بمنزلة طقوس إعادة دمج بالنسبة إلى قدامى المحاربين. في الوقت الذي كتب فيه إسخيلوس ثلاثية «الأوريستيا» (*Oresteia*)، كانت أثينا في حالة حرب على ست جبهات. بدأت دورة

المأساة عندما قُتلت زوجته، كليتمنسترا، الملك المحارب العائد أجاممنون، لتضحيته بابنتهما قبل الإبحار إلى «حرب طروادة». كانت الخدمة العسكرية مطلوبة من كل مواطن بالغ في أثينا، ولذلك كان الجمهور يتألف بلا شك من قدامى المحاربين وجنود الخدمة الفعلية الذين كانوا في إجازة. يجب أن يكون فنانو الأداء أنفسهم جنودًا مواطنين.

كان سوفوكليس ضابطًا عامًّا في حروب أثينا ضد الفرس، وتبدو مسرحيته «أجاكس» (*Ajax*)، التي تنتهي بانتحار أحد أعظم أبطال «حرب طروادة»، مثل وصف مقرر دراسي للكرب الناجم عن الصدمة. في عام ٢٠٠٨، رتب الكاتب والمخرج برايان دويريز قراءة لـ«أجاكس» لخمسمائة من مشاة البحرية في سان دييجو وذهل من الاستقبال الذي تلقاه. (مثل العديد منَّا ممن يعملون مع الصدمة، كان إلهام دويريز شخصيًّا؛ فقد درس الكلاسيكيات في الكلية والتفت إلى النصوص اليونانية من أجل الراحة عندما فقد صديقته بسبب التليف الكيسي). تطوَّر مشروعه «مسرح الحرب» من ذلك الحدث الأول، وبتمويل من وزارة الدفاع الأمريكية، قُدِّمت هذه المسرحية التي يبلغ عمرها ٢٥٠٠ عام منذ ذلك الحين أكثر من مائتي مرة هنا وفي الخارج للتعبير عن محنة قدامى المحاربين وتعزيز الحوار والتفاهم عند أسرهم وأصدقائهم[(٤٧٠)].

تلي عروض «مسرح الحرب» مناقشة على غرار مناقشات مبنى البلدية. حضرت قراءة «أجاكس» في كامبريدج، ماساتشوستس، بعد فترة وجيزة من نشر وسائل الإعلام الإخبارية زيادة بنسبة ٢٧ في المائة في حالات الانتحار بين قدامى المحاربين خلال السنوات الثلاث الماضية. اصطف نحو أربعين شخصًا ـ من قدامى المحاربين في فيتنام، وزوجات العسكريين، ورجال ونساء ممن خدموا في العراق وأفغانستان وسُرِّحوا مؤخرًا ـ خلف الميكروفون. اقتبس الكثير منهم أسطرًا من المسرحية عند حديثهم عن سهرهم الليالي، وإدمانهم المخدرات، والعزلة عن عائلاتهم. كان الجو

مشحونًا، وبعد ذلك، اجتمع الجمهور في البهو، وأمسك بعضهم ببعض وأخذوا في البكاء، وانخرط بعض آخر في محادثة عميقة.

كما قال دويريز لاحقًا: «أي شخص تعرض لألم شديد، أو معاناة، أو موت ليست لديه مشكلة في فهم الدراما اليونانية. الأمر كله يتعلق بالشهادة على قصص قدامى المحاربين».

متحدون كلما لزم الوقت

تخلق الحركة والموسيقى الجماعيتان سياقًا أكبر لحياتنا، معنى يتجاوز مصيرنا الفردي. تشمل الطقوس الدينية بشكل عام حركات إيقاعية، من الغطس عند اليهود إلى الطقس والإيماءات الغنائية للقداس الكاثوليكي إلى التأمل المتحرِّك في الاحتفالات البوذية وطقوس الصلاة الإيقاعية التي يؤديها المسلمون خمس مرات في اليوم.

كانت الموسيقى العمود الفقري لحركة الحقوق المدنية في الولايات المتحدة. لن ينسى أي شخص عاصر ذلك الوقت صفوف المتظاهرين، الذين تربطهم أذرعهم، وهم يغنون «سننتصر» (We Shall Overcome) فيما يسيرون بثبات نحو الشرطة التي احتشدت لمنعهم. تربط الموسيقى بين الأشخاص الذين قد يصابون بالرعب بشكل فردي، ولكنهم يصبحون بشكل جماعي مدافعين أقوياء عن أنفسهم والآخرين. إلى جانب اللغة، يُعدُّ الرقص، والانخراط في مسيرات، والغناء طرقًا إنسانية فريدة لتثبيت حس بالأمل والشجاعة.

لاحظت قوة الإيقاعات المجتمعية في أثناء العمل عندما شاهدت رئيس الأساقفة ديزموند توتو وهو يعقد جلسات استماع عامة لـ«لجنة الحقيقة والمصالحة» في جنوب أفريقيا في عام ١٩٩٦. وقد أُطِّرت هذه الأحداث من خلال الغناء والرقص الجماعي. روى الشهود الفظائع التي تعرضوا لها هم وعائلاتهم والتي يعجز اللسان عن وصفها. عندما أصبحوا مغمورين،

كان توتو يقاطع شهادتهم ويقود الجمهور بأكمله للصلاة، والغناء، والرقص حتى يتمكن الشهود من احتواء بكائهم ووقف انهيارهم الجسدي. مكَّن ذلك المشاركين من التأرجح داخل وخارج تجربة عيش رعبهم ثانية، وفي النهاية إيجاد كلمات لوصف ما حدث لهم. إنني أعزو الفضل الكامل لتوتو والعضو الآخر في اللجنة في تجنب ما كان ليتحول إلى عربدة انتقامية، كما هو شائع جدًّا عندما يحظى الضحايا بالحرية أخيرًا.

قبل بضعة أعوام اكتشفت كتاب «متحدون كلما لزم الوقت» (*Keeping Together in Time*)[٤٧١] الذي ألفه المؤرخ العظيم ويليام هـ. ماكنيل بالقرب من نهاية حياته المهنية. يبحث هذا الكتاب القصير الدور التاريخي للرقص والتدريبات العسكرية في خلق ما يسميه ماكنيل «الترابط العضلي» (muscular bonding) ويلقي ضوءًا جديدًا على أهمية المسرح، والرقص المجتمعي، والحركة. كما أنه حل لغزًا طويل الأمد في ذهني. بما أني نشأت في هولندا، كنت أتساءل دائمًا كيف تمكنت مجموعة من الفلاحين والصيادين الهولنديين البسطاء من كسب تحررهم من الإمبراطورية الإسبانية العظيمة. بدأت «حرب الثمانين عامًا»، التي استمرت من أواخر القرن السادس عشر إلى منتصف القرن السابع عشر، كسلسلة من أعمال حرب العصابات، وبدا أنها ستبقى على هذا النحو، بالنظر إلى أن الجنود غير المنضبطين وذوي الأجور المتدنية كانوا يفرون بانتظام تحت وابل نيران البنادق.

تغير هذا عندما أصبح الأمير موريس الأورانجي زعيم المتمردين الهولنديين. كان لا يزال في أوائل العشرينيات من عمره، وقد أكمل مؤخرًا تعليمه باللاتينية، ما مكَّنه من قراءة كتيبات رومانية عمرها ١,٥٠٠ عام عن التكتيكات العسكرية. علم أن الجنرال الروماني ليكورجس أدخل المسير بالتوازي إلى الجحافل الرومانية، وأن المؤرخ بلوتارخ قد عزا عدم قهرها إلى هذه الممارسة: «كان مشهدًا رائعًا وفظيعًا في آن، أن أراهم يسيرون على أنغام مزاميرهم، من دون أي اضطراب في صفوفهم، أو أي انزعاج

في أذهانهم أو تغيير في وجوههم، وهم يتنقلون بهدوء ومرح مع الموسيقى إلى القتال المميت»[٤٧٢].

أسس الأمير موريس تدريب الرماية والمسير العسكري، مصحوبًا بالطبول، والمزامير، والأبواق في جيشه المكوَّن من عناصر غير متجانسة. لم توفر هذه الطقوس الجماعية لرجاله إحساسًا بالهدف والتضامن فحسب، بل أتاحت لهم أيضًا تنفيذ مناورات معقدة. انتشر تدريب الرماية والمسير العسكري لاحقًا في جميع أنحاء أوروبا، وحتى يومنا هذا، تنفق الخدمات الرئيسية للجيش الأمريكي بشكل متحرر على فِرق المسير الخاصة بها، على الرغم من أن المزامير والطبول لم تعد ترافق القوات إلى المعركة.

أخبرني عالم الأعصاب جاك بانكسيب، المولود في دولة إستونيا الصغيرة الواقعة على بحر البلطيق، القصة الرائعة لـ«ثورة الغناء» في إستونيا. في يونيو ١٩٨٧، في إحدى أمسيات الصيف التي لا نهاية لها في المنطقة القطبية الشمالية، قام أكثر من عشرة آلاف من الحاضرين في «أراضي مهرجان تالين للأغنية» بربط أيديهم وبدأوا في غناء أغانٍ وطنية كانت محظورة خلال نصف قرن من الاحتلال السوفيتي. استمرت هذه المهرجانات الغنائية والاحتجاجات، وفي ١١ سبتمبر ١٩٨٨، تجمع ثلاثمائة ألف شخص، أي نحو ربع سكان إستونيا، للغناء والمطالبة العامة بالاستقلال. بحلول أغسطس ١٩٩١، أعلن «كونجرس إستونيا» استعادة الدولة الإستونية، وعندما حاولت الدبابات السوفيتية التدخل، صنع الناس من أنفسهم دروعًا بشرية لحماية محطات الإذاعة والتلفزيون في تالين. وكما أشار كاتب عمود في صحيفة «النيويورك تايمز»: «تخيل مشهد فيلم «كازابلانكا» (*Casablanca*) الذي يغني فيه الرعاة الفرنسيون النشيد الوطني الفرنسي «لامارسياز» (La Marseillaise) في تحدٍّ للألمان، ثم ضاعف قوته بالآلاف، وستكون قد بدأت للتو في تخيل قوة «ثورة الغناء»»[٤٧٣].

علاج الصدمة من خلال المسرح

من المدهش قلة الأبحاث المتوفرة حول كيفية تأثير الاحتفالات الجماعية في العقل والدماغ وكيف يمكن أن تمنع الصدمة أو تخففها. ومع ذلك، فقد أتيحت لي خلال العقد الماضي فرصة لمراقبة ودراسة ثلاثة برامج مختلفة لعلاج الصدمة من خلال المسرح: برنامج «الارتجال الحضري في بوسطن» (Urban Improv in Boston)[٤٧٤]، وبرنامج «تروما دراما» (Trauma Drama) الذي ألهم به المدارس العامة في بوسطن وفي مراكزنا السكنية[٤٧٥]؛ «مشروع الإمكانية» (Possibility Project)، من إخراج بول جريفين في مدينة نيويورك[٤٧٦]؛ وشركة «شكسبير آند كومباني»، في لينوكس، ماساتشوستس، التي تدير برنامجًا للمجرمين الأحداث يسمَّى «شكسبير في المحاكم» (Shakespeare in the Courts)[٤٧٧]. في هذا الفصل، سأركز على هذه البرامج الثلاثة، ولكن هناك العديد من برامج الدراما العلاجية الممتازة في الولايات المتحدة وخارجها، ما يجعل المسرح موردًا متاحًا على نطاق واسع للتعافي.

على الرغم من الاختلافات التي بينها، فإن كل هذه البرامج تشترك في أساس مشترك: مواجهة الحقائق المؤلمة للحياة والتحول الرمزي من خلال العمل المجتمعي. الحب والكراهية، العدوان والاستسلام، الولاء والخيانة هي مادة المسرح ومادة الصدمة. بوصفها ثقافة، نحن مدربون على عزل أنفسنا عن حقيقة ما نشعر به. على حد تعبير تينا باكر، المؤسسة الكاريزمائية لشركة «شكسبير آند كومباني»: «يتضمن تدريب الممثلين تدريب الأشخاص على مواجهة هذا الاتجاه ـ ليس فقط للشعور بعمق، ولكن لنقل هذا الشعور في كل لحظة إلى الجمهور، بحيث يحصل الجمهور عليه ـ ولا ينغلق أمامه».

يشعر الأشخاص المصابون بصدمات بالرعب من الشعور بعمق. يخافون من اختبار مشاعرهم، لأن العواطف تؤدي إلى فقدان السيطرة. في المقابل،

يتعلق المسرح بتجسيد المشاعر، وإعطاء صوت لها، والمشاركة بشكل إيقاعي، والقيام بأدوار مختلفة وتجسيدها.

كما رأينا، فإن جوهر الصدمة هو الشعور بالوحشة، بالانقطاع عن الجنس البشري. يتضمن المسرح مواجهة جماعية مع حقائق الحالة الإنسانية. كما قال لي بول جريفين، وهو يناقش برنامجه المسرحي للأطفال المكفولين:

ـ تدور أحداث المأساة في المسرح حول التعامل مع الخيانة، والاعتداء، والدمار. هؤلاء الأطفال ليست لديهم مشكلة في فهم ما تدور حوله شخصيات لير، أو عطيل، أو ماكبث، أو هاملت.

بكلمات تينا باكر: «كل شيء يدور حول استخدام الجسد بالكامل والحصول على أجساد أخرى لها صدى مع مشاعرك، وعواطفك، وأفكارك». يمنح المسرح الناجين من الصدمة فرصة للتواصل بعضهم مع بعض من خلال اختبار إنسانيتهم المشتركة بعمق.

الأشخاص المصابون بصدمات يخشون الصراع. يخشون فقدان السيطرة وينتهي بهم الأمر في الجانب الخاسر مرة أخرى. الصراع مركزي بالنسبة إلى المسرح ـ الصراعات الداخلية، والصراعات الشخصية، والصراعات الأسرية، والصراعات الاجتماعية، وعواقبها. تتعلق الصدمة بمحاولة النسيان وإخفاء مدى خوفك، أو غضبك، أو عجزك. يتعلق المسرح بإيجاد طرق لقول الحقيقة ونقل الحقائق العميقة إلى جمهورك. يتطلب هذا تخطي العقبات لاكتشاف حقيقتك، واستكشاف وفحص تجربتك الداخلية حتى تظهر في صوتك وجسمك على خشبة المسرح.

جعل المشاركة آمنة

هذه البرامج المسرحية ليست للممثلين الطموحين ولكن للمراهقين الغاضبين، والخائفين، والمتعجرفين أو قدامى المحاربين المنعزلين، والمدمنين على الكحول، والمرهقين. عندما يأتون إلى تجارب الأداء،

يجلسون على مقاعدهم، خائفين من أن يرى الآخرون على الفور إخفاقاتهم. المراهقون المصابون بصدمات هم خليط: مثبطون، وغير متناغمين، وغير قادرين على التعبير، وغير منسقين، وعديمو الهدف. إنهم مرهقون جدًّا إلى درجة أنهم لا يلاحظون ما يجري من حولهم. يُقدحون بسهولة ويعتمدون على الفعل بدلًا من الكلمات للتخلص من مشاعرهم.

يتفق جميع المخرجين الذين عملت معهم على أن السر يكمن في العمل ببطء وإشراكهم شيئًا فشيئًا. التحدي الأوَّلي هو ببساطة جعل المشاركين أكثر حضورًا في الغرفة. هنا كيفن كولمان، مخرج «شكسبير في المحاكم»، يصف عمله مع المراهقين عندما أجريت معه مقابلة: «أولًا، ننهضهم ونتجول في الغرفة. ثم نبدأ في خلق توازن في المساحة، بحيث لا يمشون بلا هدف، بل يصبحون على دراية بالآخرين. تدريجيًّا، مع القليل من الإشارات، يصبح الأمر أكثر تعقيدًا: ما عليك سوى المشي على أصابع قدميك، أو على كعبيك، أو المشي للخلف. ثم، عندما تصطدم بشخص ما، اصرخ واسقط. ربما بعد ثلاثين إشارة، يكونون هناك يلوحون بأذرعهم في الهواء، ونصل إلى إحماء كامل الجسم، لكن هذا تدريجي. إذا قفزت قفزة كبيرة جدًّا، ستراهم يصطدمون بالحائط».

«عليك أن تجعل الأمر آمنًا لهم حتى يلاحظ بعضهم بعضًا. بمجرد أن تصبح أجسامهم أكثر حرية بقليل، قد أستخدم هذه الإشارة: «لا تُجرِ اتصالًا بالعين مع أي شخص ـ انظر فقط إلى الأرض». يفكر معظمهم: «رائع، أنا أفعل ذلك بالفعل»، ثم أقول «الآن، ابدأ في النظر إلى الناس وأنت تمر بهم، لكن لا تدعهم يرونك تنظر إليهم». ثم بعد ذلك: «فقط قم بالتواصل بالعين لمدة ثانية». ثم: «الآن، لا تتصل بالعين... الآن، اتصل... الآن، لا تتصل. الآن، اتصل بالعين وواصِل ذلك... بشكل طويل جدًّا. ستعرف متى يكون الوقت طويلًا جدًّا لأنك سترغب إما في بدء مواعدة هذا الشخص وإما الدخول في قتال معه. هذا ما يحدث عندما يكون الوقت طويلًا»».

«لا يقومون بهذا النوع من الاتصال البصري الممتد في حياتهم الطبيعية، ولا حتى مع شخص يتحدثون إليه. إنهم لا يعرفون ما إذا كان هذا الشخص آمنًا أم لا. ولذا، فإن ما تفعله هو جعل الأمر آمنًا بالنسبة إليهم حتى لا يختفوا عند الاتصال بالعين، أو عندما ينظر إليهم شخص ما. شيئًا فشيئًا، شيئًا فشيئًا، شيئًا فشيئًا...».

إن المراهقين المصابين بصدمات غير متزامنين بشكل ملحوظ. في برنامج «تروما دراما» التابع لـ«مركز الصدمة»، نستخدم تمارين الانعكاس لمساعدتهم على الانسجام بعضهم مع بعض. يحركون أذرعهم اليمنى، ويعكس ذلك شركاؤهم؛ يدورون، ويستجيب شركاؤهم. يبدأون في ملاحظة كيف تتغير حركات الجسم وتعبيرات الوجه، وكيف تختلف حركاتهم الطبيعية عن حركات الآخرين، وكيف تجعلهم الحركات والتعبيرات غير المعتادة يشعرون. يخفف الانعكاس من انشغالهم بما يعتقده الآخرون عنهم ويساعدهم على التناغم بشكل حشوي، وليس إدراكيًا، مع تجربة شخص آخر. عندما تنتهي تمارين الانعكاس بضحكات، فهذا مؤشر أكيد على أن المشاركين يشعرون بالأمان.

لكي يصبحوا شركاء حقيقيين، يحتاجون أيضًا إلى تعلم الثقة بعضهم بعضًا. إن التمرين الذي يكون فيه شخص معصوب العينين بينما يقوده شريكه باليد صعب بشكل خاص على أطفالنا. غالبًا ما يكون الأمر مخيفًا بالنسبة إليهم أن يكونوا قادة، وأن يثق بهم شخص ضعيف، كما هي الحال مع عصب أعينهم وقيادتهم. في البداية، قد يستمر التمرين لمدة عشر أو عشرين ثانية فقط، لكننا نواصل ذلك تدريجيًا لمدة تصل إلى خمس دقائق. بعد ذلك، يتعين على بعضهم أن ينفجر من تلقاء نفسه لفترة من الوقت، لأنه من الصعب عاطفيًا الشعور بهذه الروابط.

يشعر الأطفال المصابون بصدمات والمحاربون القدامى الذين نعمل معهم بالحرج من أن تتم رؤيتهم، ويخافون أن يكونوا على اتصال بما

يشعرون به، ويُبقون بعضهم بعضًا على مسافة ذراع. وظيفة أي مخرج، مثل أي معالج، هي إبطاء الأمور حتى يتمكن الممثلون من إقامة علاقة مع أنفسهم، مع أجسامهم. يقدم المسرح طريقة فريدة للوصول إلى مجموعة كاملة من المشاعر والأحاسيس الجسدية التي لا تجعلهم على اتصال بـ«المجموعة» المعتادة من أجسامهم فحسب، بل يتيح لهم أيضًا استكشاف طرق بديلة للانخراط في الحياة.

«الارتجال الحضري»

أحبَّ ابني مجموعته المسرحية، التي كانت تديرها «الارتجال الحضري»، وهي مؤسسة فنون قديمة في بوسطن. مكث معهم حتى المدرسة الثانوية، ثم تطوع للعمل معهم في الصيف بعد سنته الأولى في الكلية. في ذلك الوقت، علم أن برنامج المؤسسة لمنع العنف، والذي نظم مئات ورش العمل في المدارس المحلية منذ عام ١٩٩٢، قد تلقى منحة بحثية لتقييم فعاليته ـ وأنهم كانوا يبحثون عن شخص ما لرئاسة الدراسة. اقترح نيك على المديرين، كيبي ديوي وسيسا كامبيون، أن والده سيكون الشخص المثالي لهذا المنصب. لحسن حظي، وافقا.

بدأت في زيارة المدارس مع فرقة «الارتجال الحضري» متعددة الثقافات، والتي تضمنت مُخرجًا، وأربعة ممثلين معلمين محترفين، وموسيقيًّا. يبتكر «الارتجال الحضري» عروضًا تمثيلية مكتوبة تصور أنواع المشكلات التي يواجهها الطلاب كل يوم: الاستبعاد من مجموعات الأقران، والغيرة، والتنافس والغضب، والنزاع الأسري. تتناول العروض التمثيلية للطلاب الأكبر سنًّا أيضًا قضايا مثل المواعدة، والأمراض المنقولة جنسيًّا، ورهاب المثلية، وعنف الأقران. في عرض تقديمي نموذجي، قد يصور الممثلون المحترفون مجموعة من الأطفال يستبعدون وافدًا جديدًا من طاولة الغداء في الكافتيريا. عندما يقترب المشهد من نقطة اختيار ـ

على سبيل المثال، يستجيب الطالب الجديد لمحاولات تحقيرهم منه ـ يقوم المدير بتجميد الحركة. بعد ذلك، يُدعى أحد أعضاء الفصل ليحل محل أحد الممثلين ويظهر كيف سيشعر أو يتصرف في هذا الموقف. تمكّن هذه السيناريوهات الطلاب من ملاحظة المشكلات اليومية مع بعض المسافة العاطفية في أثناء تجربة الحلول المختلفة: هل سيواجهون المعذِّبين، أو يتحدثون إلى صديق، أو يتواصلون بمعلم الصف، أو يخبرون أولياء أمورهم بما حدث؟

ثم يُطلب من متطوع آخر تجربة مقاربة مختلفة، حتى يتمكن الطلاب من رؤية ما يمكن أن تؤدي إليه الخيارات الأخرى. الدعائم والأزياء تساعد المشاركين على تحمل مخاطر الأدوار الجديدة، كما تفعل الأجواء المرحة والدعم من الممثلين. في مجموعات المناقشة اللاحقة، يرد الطلاب على أسئلة مثل «كيف كان هذا المشهد مشابهًا أو مختلفًا عما يحدث في مدرستك؟»، و«كيف تحصل على الاحترام الذي تحتاج إليه؟»، و«كيف تحل خلافاتك؟». تصبح هذه المناقشات تبادلات حية حيث يتطوع العديد من الطلاب بخواطرهم وأفكارهم.

قيَّم فريق «مركز الصدمة» لدينا هذا البرنامج على مستويين من الصفوف في سبع عشرة مدرسة مُشارِكة. قورنت الفصول الدراسية التي شاركت في برنامج «الارتجال الحضري» مع الفصول الدراسية المماثلة غير المشاركة. في الصف الرابع، وجدنا استجابة إيجابية كبيرة. على مقاييس التصنيف الموحدة للعدوانية، والتعاون، وضبط النفس، أظهر طلاب برنامج «الارتجال الحضري» عددًا أقل بكثير من المعارك وثورات الغضب، ومزيدًا من التعاون وتأكيد الذات مع الأقران، ومزيدًا من الانتباه والمشاركة في الفصل الدراسي[٤٧٨].

ولدهشتنا الكبيرة، لم يقابل تلاميذ الصف الثامن هذه النتائج. ما الذي حدث في غضون ذلك وأثَّر في استجاباتهم؟ في البداية، لم يكن لدينا

سوى انطباعاتنا الشخصية لنستمر فيها. عندما زرت صفوف الصف الرابع، أدهشتني براءتهم العميقة وحرصهم على المشاركة. على النقيض من ذلك، كان تلاميذ الصف الثامن غالبًا متجهمين ودفاعيين، ويبدو أنهم كمجموعة فقدوا عفويتهم وحماسهم. كانت بداية سن البلوغ أحد العوامل الواضحة للتغيير، ولكن هل يمكن أن تكون هناك عوامل أخرى؟

عندما تعمقنا أكثر، وجدنا أن الأطفال الأكبر سنًّا قد عانوا أكثر من ضِعف الصدمات التي عانى منها الأطفال الأصغر سنًّا: كل تلميذ بالصف الثامن في هذه المدارس الأمريكية الداخلية النمطية شهد عنفًا خطيرًا. لاحظ ثلثاهم خمس حوادث أو أكثر، بما في ذلك الطعن، والاشتباك بالسلاح، والقتل، والاعتداء المنزلي. أظهرت بياناتنا أن تلاميذ الصف الثامن الذين يعانون هذه المستويات العالية من التعرض للعنف كانوا أكثر عدوانية بشكل ملحوظ من الطلاب الذين ليست لديهم هذه التواريخ، وأن البرنامج لم يحدث فرقًا كبيرًا في سلوكهم.

قرر فريق «مركز الصدمة» معرفة ما إذا كان بإمكاننا تغيير هذا الوضع ببرنامج أطول وأكثر كثافة يركز على بناء الفريق وتمارين تنظيم العواطف، باستخدام نصوص تتعامل بشكل مباشر مع أنواع العنف التي عانى منها هؤلاء الأطفال. لعدة أشهر، التقى أعضاء فريق العمل لدينا، بقيادة جوزيف سبينازولا، أسبوعيًّا بممثلي «الارتجال الحضري» للعمل على تطوير النصوص. علَّم الممثلون علماء النفس الخاصين بنا الارتجال، والانعكاس، والتناغم الجسدي الدقيق حتى يتمكنوا من تصوير الانهيار، أو المواجهة، أو الارتعاد، أو السقوط. قمنا بتعليم الممثلين حول محفزات الصدمة وكيفية التعرف على عمليات إعادة تمثيل الصدمة والتعامل معها[٤٧٩].

خلال شتاء وربيع ٢٠٠٥، اختبرنا البرنامج الناتج في مدرسة نهارية متخصصة تديرها بشكل مشترك «مدارس بوسطن العامة» و«إدارة الإصلاحيات في ماساتشوستس». كانت هذه بيئة فوضوية حيث غالبًا ما

انتقل الطلاب ذهابًا وإيابًا بين المدرسة والسجن. كلهم جاءوا من أحياء بها معدلات جريمة عالية وتعرضوا لأعمال عنف مروعة؛ لم أرَ قَطُّ مثل هذه المجموعة العدوانية المتجهمة من الأطفال. أخذنا لمحة عن حياة عدد لا يحصى من مدرسي المدارس الإعدادية والثانوية الذين يتعاملون يوميًّا مع طلاب رد فعلهم الأول على التحديات الجديدة هو الثوران أو الانسحاب المتحدي.

صُدمنا عندما اكتشفنا أنه في المشاهد التي يتعرض فيها شخص ما لخطر جسدي، كان الطلاب يقفون دائمًا إلى جانب المعتدين. لأنهم لا يستطيعون تحمل أي علامة ضعف في أنفسهم، لا يمكنهم قبولها في الآخرين. لم يظهروا شيئًا سوى الازدراء للضحايا المحتملين، والصراخ بأشياء مثل «اقتل العاهرة، إنها تستحق ذلك» خلال مسرحية هزلية عن العنف خلال المواعدة.

في البداية، أراد بعض الممثلين المحترفين الاستسلام ـ كان من المؤلم للغاية رؤية المدى الذي عليه لؤم هؤلاء الأطفال ـ لكنهم تدبَّروا الأمر، وقد اندهشت لرؤية كيف جعلوا الطلاب يجرِّبون تدريجيًّا، ولكن على مضض، أدوارًا جديدة. قرب نهاية البرنامج، كان عدد قليل من الطلاب يتطوَّعون لأدوار تتضمن إظهار الضعف أو الخوف. عندما حصلوا على شهادة الإنجاز الخاصة بهم، أعطى العديد منهم بخجل رسومات للممثلين للتعبير عن تقديرهم. عثرت على بعض الدموع، ربما حتى في نفسي.

قابلت محاولتنا لجعل برنامج «تروما دراما» جزءًا منتظمًا من مناهج الصف الثامن في المدارس العامة في بوسطن، للأسف، جدارًا من المقاومة البيروقراطية. ومع ذلك، فإنه يعيش كجزء لا يتجزأ من برامج العلاج السكنية في «معهد موارد العدالة»، بينما تستمر الموسيقى، والمسرح، والفن، والرياضة ـ الطرق الخالدة لتعزيز الكفاءة والترابط الجماعي ـ في الاختفاء من مدارسنا.

«مشروع الإمكانية»

في «مشروع الإمكانية» في مدينة نيويورك لبول جريفين، لم تُقدَّم سيناريوهات معدَّة سابقًا للممثلين. بدلًا من ذلك، كانوا يلتقون على مدى تسعة أشهر لمدة ثلاث ساعات في الأسبوع، ويكتبون مسرحيتهم الموسيقية كاملة، ويؤدُّونها أمام عدة مئات من الأشخاص. خلال تاريخه الممتد على مدى عشرين عامًا، تمكَّن «مشروع الإمكانية» من مراكمة فريق عمل ثابت وتقاليد قوية. يتكون كل فريق إنتاج من خريجين جدد ينظمون، بمساعدة الممثلين، والراقصين، والموسيقيين المحترفين، كتابة السيناريو، وتصميم المناظر، وتصميم الرقصات، وتجارب الأداء للفصل القادم. هؤلاء الخريجون الجدد هم قدوة قوية. كما قال لي بول:

- عندما ينضمون إلى البرنامج، يعتقد الطلاب أنهم لا يستطيعون إحداث فرق؛ يُعدُّ قيامهم بوضع برنامج كهذا معًا تجربة تحويلية بالنسبة إلى مستقبلهم.

في عام ٢٠١٠، بدأ بول برنامجًا جديدًا مخصصًا لشباب الرعاية بالتبني. وهذه مجموعة سكانية مضطربة: بعد خمس سنوات من بلوغهم السن التي لا تستلزم الوجود في دار الرعاية، سيكون نحو ٦٠ في المائة منهم قد أدينوا بجريمة، و٧٥ في المائة سيكونون قد اعتمدوا على المساعدة العامة، و٦ في المائة فقط سيكونون قد أكملوا حتى شهادة جامعية مجتمعية.

يعالج «مركز الصدمة» عديدًا من أطفال الرعاية بالتبني، لكن جريفين أعطاني طريقة جديدة لرؤية حياتهم:

- إن فهم الرعاية بالتبني يشبه التعلم عن بلد أجنبي. إذا لم تكن من هناك، فأنت لا تتحدث اللغة. الحياة مقلوبة بالنسبة إلى شباب الرعاية بالتبني.

إن الأمان والحب اللذين يعدُّهما الأطفال الآخرون أمرًا مفروغًا منه على شباب الرعاية بالتبني خلقُه لأنفسهم. عندما يقول جريفين «الحياة مقلوبة»، فهذا يعني أنك إذا تعاملت معهم بالحب أو الكرم، فإنهم غالبًا لا

يعرفون ماذا يفعلون أو كيف يستجيبون. الوقاحة تبدو مألوفة أكثر؛ السخرية هي ما يفهمونه.

كما يشير جريفين:

ـ الهجران يجعل الثقة مستحيلة، والأطفال الذين مروا بالرعاية بالتبني يفهمون الهجران. لا يمكن أن يكون لك أي تأثير حتى يثقوا بك.

غالبًا ما يخضع أطفال الرعاية بالتبني لعدة أشخاص مسؤولين. إذا كانوا يرغبون في تغيير المدرسة، على سبيل المثال، فعليهم التعامل مع أولياء الأمور بالتبني، ومسؤولي المدرسة، ووكالة الرعاية بالتبني، وأحيانًا قاضٍ. هذا يميل إلى جعلهم أذكياء سياسيًا، ويتعلمون جيدًا كيف يلعبون بالناس.

في عالم الرعاية بالتبني، «الاستمرارية» كلمة رنانة كبيرة. والشعار هو «شخص بالغ يهتم بك ـ هذا كل ما تحتاج إليه». ومع ذلك، فمن الطبيعي أن ينسحب المراهقون ابتعادًا عن البالغين، ويشير جريفين إلى أن أفضل شكل من أشكال الاستمرارية بالنسبة إلى المراهقين هو مجموعة ثابتة من الأصدقاء ـ وهو ما صُمِّم البرنامج لتوفيره. الكلمة الرنانة الأخرى في نظام الرعاية بالتبني هي «الاستقلال»، والتي يعارضها بول بعبارة «الاعتماد المتبادل». ويشير إلى أن:

ـ يعتمد كل واحد منَّا على الآخر. فكرة أن نطلب من شبابنا الخروج إلى العالم بمفردهم تمامًا ووصف أنفسهم بالمستقلين فكرة مجنونة. إننا بحاجة إلى تعليمهم كيفية اعتماد بعضهم على بعض، ما يعني تعليمهم كيفية إقامة علاقات.

وجد بول أن شباب الرعاية بالتبني ممثلون بالسليقة. إن لعبك للشخصيات المأساوية يتطلب التعبير عن المشاعر وخلق واقع يأتي من مكان من العمق والحزن والأذى. الشباب في رعاية التبني؟ هذا كل ما يعرفونه. إنها حياة وموت كل يوم بالنسبة إليهم. بمرور الوقت، يساعد التعاون الأطفال في أن يصبحوا أشخاصًا مهمين في حياة بعضهم بعضًا. المرحلة الأولى من

البرنامج هي بناء المجموعة. تحدد تجربة الأداء الأولى الاتفاقيات الأساسية: المسؤولية، المساءلة، الاحترام؛ نعم للتعبير عن المودة، لا للتواصل الجنسي في المجموعة. ثم يبدأون في الغناء والتحرك معًا، ما يجعلهم متزامنين.

الآن تأتي المرحلة الثانية: مشاركة قصص الحياة. إنهم الآن يستمعون بعضهم لبعض، ويكتشفون خبرات مشتركة، ويكسرون وحدة وعزلة الصدمة. أعطاني بول فيلمًا يوضح كيف حدث هذا في مجموعة واحدة. عندما يُطلب من الأطفال أن يقولوا أو يفعلوا شيئًا ما للتعريف عن أنفسهم، فإنهم يتجمَّدون، وتصبح وجوههم خالية من التعبيرات، وتنظر أعينهم إلى أسفل، ويفعلون كل ما في وسعهم ليصبحوا غير مرئيين.

عندما يبدأون في الكلام، عندما يكتشفون صوتًا يكونون فيه هم أنفسهم مركزيين، يبدأون أيضًا في إنشاء عرضهم الخاص. يوضح بول أن الإنتاج يعتمد على مدخلاتهم:

ـ إذا كان بإمكانك كتابة مسرحية أو مسرحية موسيقية، فماذا ستضع فيها؟ عقابًا؟ انتقامًا؟ خيانة؟ خسارة؟ هذا هو عرضك فاكتبه.

يُدوَّن كل ما يقولونه، ويبدأ بعضهم في كتابة كلماتهم الخاصة على الورق. عند ظهور السيناريو، يُدمج فريق الإنتاج كلمات الطلاب الدقيقة في الأغاني والحوار. ستتعلم المجموعة أنهم إذا استطاعوا تجسيد تجاربهم بشكل جيد بما فيه الكفاية، فسوف يستمع الآخرون. سوف يتعلمون كيف يشعرون بما يشعرون به ويعرفون ما يعرفونه.

يتغير التركيز بشكل طبيعي مع بدء تجارب الأداء. لم يعد تاريخ الألم، والعزلة، والخوف لدى الأطفال بالتبني محوريًّا، ويتحول التركيز إلى «كيف يمكنني أن أصبح أفضل ممثل، أو مغنٍّ، أو راقص، أو مصمم رقص، أو مصمم إضاءة، أو مصمم موقع؟». تصبح القدرة على الأداء القضية الحاسمة: الكفاءة هي أفضل دفاع ضد عجز الصدمة.

هذا، بالطبع، صحيح بالنسبة إلينا جميعًا. عندما تسوء الوظيفة، عندما

يفشل مشروع عزيز، عندما يتركك شخص ما تعتمد عليه أو يموت، هناك القليل من الأشياء المفيدة مثل تحريك عضلاتك والقيام بشيء يتطلب اهتمامًا مركَّزًا. غالبًا ما تغفل المدارس وبرامج الطب النفسي في المدن الداخلية عن هذا الأمر. يريدون أن يتصرف الأطفال «بشكل طبيعي» ـ من دون بناء الكفاءات التي تجعلهم يشعرون بأنهم طبيعيون.

كما تُعلِّم البرامج المسرحية السبب والنتيجة. حياة الطفل بالتبني لا يمكن التنبؤ بها على الإطلاق. يمكن أن يحدث أي شيء من دون سابق إنذار: التعرض للقدح والانهيار؛ رؤية أحد الوالدين يُعتقل أو يُقتل؛ الانتقال من منزل إلى آخر؛ أن يُصرخ في وجهك اعتراضًا على الأشياء نفسها التي كانت تحظى بالموافقة في آخر مسكن لك. في الإنتاج المسرحي، يرون عواقب قراراتهم وأفعالهم موضوعة أمام أعينهم مباشرة. يوضح بول:

ـ إذا كنت تريد أن تمنحهم إحساسًا بالسيطرة، فإن عليك أن تمنحهم السلطة على مصيرهم بدلًا من التدخل لصالحهم. لا يمكنك مساعدة الشباب الذين تعمل معهم، أو إصلاحهم، أو إنقاذهم. ما يمكنك فعله هو العمل معهم جنبًا إلى جنب، ومساعدتهم على فهم رؤيتهم، وتحقيقها معهم. من خلال القيام بذلك، تعيد لهم السيطرة. إننا نعالج الصدمة هنا من دون أن يذكر أي شخص الكلمة.

الحكم عليهم بشكسبير

بالنسبة إلى المراهقين الذين يحضرون جلسات «شكسبير في المحاكم»، فإنه لا يوجد ارتجال، ولا نصوص تُبنى حول حياتهم. جميعهم «مجرمون محكوم عليهم» أدينوا بالقتال، والشرب، والسرقة، وجرائم الملكية، وحكم أحد قضاة «محكمة الأحداث في مقاطعة بيركشاير» عليهم بستة أسابيع، أربع أمسيات في الأسبوع، من دراسة التمثيل المكثفة. يُعدُّ شكسبير بمنزلة بلد أجنبي بالنسبة إلى هؤلاء الممثلين. كما أخبرني كيفن كولمان، عندما

يحضرون لأول مرة ـ غاضبين، ومرتابين، ومصدومين ـ يكونون مقتنعين بأنهم يفضلون الذهاب إلى السجن. بدلًا من ذلك، سيتعلمون عبارات هاملت، أو مارك أنتوني، أو هنري الخامس، ثم سيصعدون على خشبة المسرح في أداء مكثف لمسرحية كاملة لشكسبير أمام جمهور من العائلة والأصدقاء وممثلي نظام قضاء الأحداث.

مع عدم وجود كلمات للتعبير عن آثار تربيتهم المتقلبة، يعبر هؤلاء المراهقون بعنف عن مشاعرهم. يدعو شكسبير إلى القتال بالسيف، والذي، مثل فنون القتال الأخرى، يمنحهم فرصة لممارسة العدوان المكبوح والتعبير عن القوة الجسدية. ينصب التركيز على الحفاظ على سلامة الجميع. يحب الأطفال اللعب بالسيف، ولكن للحفاظ على سلامة بعضهم بعضًا، عليهم التفاوض واستخدام اللغة.

كان شكسبير يكتب في وقت انتقالي، عندما كان العالم ينتقل من التواصل الشفهي في المقام الأول إلى الخطي ـ عندما كان معظم الناس لا يزالون يوقعون اسمهم بعلامة «X». هؤلاء الأطفال يواجهون فترة انتقالية خاصة بهم؛ كثير منهم بالكاد قادرون على التعبير، والبعض الآخر يعاني للقراءة أصلًا. إذا كانوا يعتمدون على الكلمات المكونة من أربعة أحرف، فهذا ليس فقط لإظهار أنهم قساة، ولكن لأنه ليست لديهم لغة أخرى للتعبير عن هويتهم أو ما يشعرون به. عندما يكتشفون ثراء اللغة وإمكاناتها، غالبًا ما تكون لديهم تجربة فرح حشوية.

يقوم الممثلون أولًا بالتحقيق فيما يقوله شكسبير سطرًا بسطر، بالضبط. يقوم المخرج بإدخال الكلمات واحدة تلو واحدة في آذان الممثلين، ويُوجَّهون لقول السطر في النَّفَس الخارج. في بداية العملية، بالكاد يستطيع العديد من هؤلاء الأطفال النطق بالسطر. التقدم بطيء، حيث إن كل ممثل يستوعب الكلمات ببطء. تكتسب الكلمات عمقًا وصدى مع تغير الصوت استجابةً لارتباطاتها. الفكرة هي إلهام الممثلين ليشعروا بردود أفعالهم تجاه

الكلمات ـ وبالتالي اكتشاف الشخصية. بدلًا من «يجب أن أتذكر سطورًا»، يُركِّز على «ماذا تعني هذه الكلمات بالنسبة إليَّ؟ ما التأثير الذي أحظى به في زملائي الممثلين؟ وماذا يحدث لي عندما أسمع سطورهم؟»[٤٨٠].

يمكن أن تكون هذه عملية تغير الحياة، كما شاهدت في ورشة عمل يديرها ممثلون دربتهم شركة «شكسبير آند كومباني» في «المركز الطبي لإدارة قدامى المحاربين» في باث، نيويورك. لاري، وهو من قدامى المحاربين في فيتنام ويبلغ من العمر تسعة وخمسين عامًا وخضع للعلاج في المستشفى سبعًا وعشرين مرة للتخلص من السموم خلال العام السابق، تطوع للعب دور بروتوس في مشهد من مسرحية «يوليوس قيصر» . عندما بدأت تجربة الأداء، غمغم وتعجَّل في النطق بالسطور؛ بدا مرعوبًا مما كان يفكر فيه الناس.

تذكر مارس، تذكر أفكار مارس:
ألم ينزف يوليوس العظيم من أجل العدالة؟
أي شرير مسَّ جسمه، طعنه،
وليس من أجل العدالة؟

يبدو أن الأمر استغرق ساعات للتمرن على الخطاب الذي يبدأ بهذه السطور. في البداية، كان واقفًا هناك، كتفاه متدليتان، ويكرر الكلمات التي همس بها المخرج في أذنه: «تذكر ـ ماذا تذكر؟ هل تذكر الكثير؟ أم لا تذكر يكفي؟ تذكر. ما الذي لا تريد أن تذكره؟ ما شكل التذكر؟». انخفض صوت لاري، وعيناه على الأرض، والعرق يتصبب على جبهته.

بعد استراحة قصيرة ورشفة ماء، عاد إلى العمل. «العدالة ـ هل نلت العدالة؟ هل سبق لك أن نزفت من أجل العدالة؟ ماذا تعني العدالة لك؟ ضرب. هل سبق لك أن ضربت أحدهم؟ هل سبق لك أن ضُربت؟ كيف

كان ذلك؟ ماذا تتمنى لو فعلت؟ طعن. هل سبق لك أن طعنت شخصًا ما؟ هل شعرت من قبل بالطعن في الظهر؟ هل طعنت أحدًا في ظهره؟». في هذه المرحلة، انسحب لاري من الغرفة.

عاد في اليوم التالي وبدأنا من جديد ـ لاري يقف هناك، يتصبب عرقًا، وتتسارع دقات قلبه، ويمر مليون تداعٍ في ذهنه، ويسمح لنفسه بالتدريج أن يشعر بكل كلمة ويتعلم امتلاك السطور التي ينطق بها.

في نهاية البرنامج، بدأ لاري وظيفته الأولى منذ سبع سنوات، وكان لا يزال يعمل بعد ستة أشهر، وفق آخر ما سمعته. يُعدُّ تعلم تجربة المشاعر العميقة والتسامح معها أمرًا جوهريًّا للتعافي من الصدمة.

في «شكسبير في المحاكم»، تمتد خصوصية اللغة المستخدمة في تجربة الأداء إلى خطاب الطلاب خارج المسرح. يلاحظ كيفن كولمان أن حديثهم مليء بالتعبير «أشعر...». ويتابع:

ـ إذا كنت تخلط بين تجاربك العاطفية وأحكامك، فإن عملك يصبح غامضًا. إذا سألتهم «ما الذي أشعركم به ذلك؟» سيقولون على الفور: «أشعرنا بالرضا» أو «أشعرنا بالسوء». كلا هذين حُكمان. ولذلك، لا نقول أبدًا «ما الذي أشعركم به ذلك؟» في نهاية المشهد، لأن ذلك يدعوهم للذهاب إلى جزء الحُكم في دماغهم.

بدلًا من ذلك، يسأل كولمان:

ـ هل لاحظتم أي مشاعر معينة ظهرت لكم في أثناء قيامكم بهذا المشهد؟

بهذه الطريقة يتعلمون تسمية التجارب العاطفية: «شعرت بالغضب عندما قال ذلك». «شعرت بالخوف عندما نظر إليَّ». أن يصبحوا متجسدين، ولعدم وجود كلمة أفضل «متجسدين لغويًّا»، يساعد الممثلين على إدراك أن لديهم العديد من المشاعر المختلفة. كلما لاحظوا أكثر، زاد فضولهم.

عندما تبدأ تجارب الأداء، يجب أن يتعلم الأطفال الوقوف بشكل مستقيم

والمشي عبر المسرح من دون وعي ذاتي. عليهم أن يتعلموا الكلام حتى يمكن سماعهم في جميع أنحاء المسرح، وهو ما يمثل في حد ذاته تحديًا كبيرًا. الأداء النهائي يعني مواجهة المجتمع. يخطو الأطفال إلى المسرح، ويعانون مستوى آخر من الهشاشة، أو الخطر، أو السلامة، ويكتشفون إلى أي مدى يمكنهم الوثوق بأنفسهم. تدريجيًا، تتولى الرغبة في النجاح، الرغبة في إثبات قدرتهم على القيام بذلك، زمام الأمور. أخبرني كيفن قصة فتاة لعبت دور أوفيليا في مسرحية «هاملت». في يوم العرض، رآها تنتظر خلف الكواليس، وعلى استعداد للمضي قدمًا، محتضنة سلة مهملات. (أوضحت أنها كانت متوترة للغاية إلى درجة أنها خافت أن تتقيأ). كانت تهرب بشكل دائم من دور الحضانة وأيضًا من «شكسبير في المحاكم». بالنظر إلى أن البرنامج ملتزم بعدم طرد الأطفال إذا كان ذلك ممكنًا، فقد أعادها رجال الشرطة والضباط المسؤولون عن المتغيبين مرارًا وتكرارًا. يجب أن تكون قد وصلت إلى نقطة أدركت عندها أن دورها ضروري بالنسبة إلى المجموعة، أو ربما شعرت بالقيمة الجوهرية للتجربة بالنسبة إليها. في ذلك اليوم على الأقل، اختارت عدم الجري.

العلاج والمسرح

سمعت ذات مرة تينا باكر تعلن أمام غرفة مليئة باختصاصيي الصدمة:

ـ العلاج والمسرح هما الحدس وقد دخلا في حيز العمل. إنهما عكس البحث، حيث يسعى المرء إلى الخروج من التجربة الشخصية للفرد، حتى خارج تجربة مرضاك، لاختبار الصلاحية الموضوعية للافتراضات. ما يجعل العلاج فعَّالًا هو الرنين العميق والذاتي وهذا الإحساس العميق بالحقيقة والصدق الذي يعيش في الجسم.

ما زلت آمل أن نُثبت يومًا ما خطأ تينا ونجمع بين دقة الأساليب العلمية وقوة الحدس المتجسد.

أخبرني إدوارد، أحد معلمي «شكسبير آند كومباني»، عن تجربة مر بها بوصفه ممثلًا شابًا في ورشة عمل باكر التدريبية المتقدمة. كانت المجموعة قد أمضت الصباح في ممارسة تمارين تهدف إلى إطلاق عضلات الجذع، بحيث يمكن التنفس بشكل طبيعي وكامل. لاحظ إدوارد أنه في كل مرة لفَّ فيها قسمًا من ضلوعه، شعر بموجة من الحزن. سأله المدرب عما إذا كان قد تعرض للإصابة هناك، فأجاب لا.

من أجل صف باكر الذي كان يتم بعد الظهرية، أعد خطابًا من مسرحية «ريتشارد الثاني»، حيث يُستدعى الملك للتخلي عن تاجه للسيد الذي سلبه منه. خلال المناقشة اللاحقة، ذكر أن والدته كُسرت ضلوعها عندما كانت حاملًا به، وأنه كان يربط هذا دائمًا بولادته المبكِّرة.

كما يتذكر:

> «عندما أخبرت تينا بذلك، بدأت تسألني أسئلة حول الأشهر القليلة الأولى لي. قلت إني لا أتذكر أني كنت في حضَّانة ولكني تذكرت مرات لاحقة توقفت فيها عن التنفس، وتذكرت وجودي في المستشفى في خيمة أكسجين. تذكرت أني كنت في سيارة عمي وهو يقود سيارته عبر الأضواء الحمراء ليصطحبني إلى غرفة الطوارئ. كان الأمر أشبه بمتلازمة موت الرضيع بشكل مفاجئ في سن الثالثة.
>
> استمرت تينا في طرح الأسئلة عليَّ، وبدأت أشعر بالإحباط والغضب حقًّا من نكزها أي درع كانت لديَّ حول هذا الألم. ثم قالت: «هل كان مؤلمًا أن يضع الأطباء كل تلك الإبر في داخلك؟».
>
> في تلك اللحظة، شرعت في الصراخ. حاولت مغادرة الغرفة، لكن اثنين من الممثلين الآخرين ـ وهما رجلان ضخمان حقًّا ـ أوقفاني. أخيرًا، جعلاني أجلس على كرسي، وكنت أرتجف وأرتعش. ثم قالت تينا: «أنت والدتك وستُلقي هذا الخطاب. أنت والدتك وستلد نفسك. وستخبر نفسك بأنك ستنجو. لن تموت. يجب أن تقنع نفسك. يجب أن تقنع ذلك المولود الصغير بأنك لن تموت».

أصبحت هذه نيتي مع خطاب ريتشارد. عندما أحضرت الخطاب لأول مرة إلى الفصل، قلت لنفسي إنني أريد أن أُظهِر الدور بالشكل الصحيح، وليس أن شيئًا ما في أعماقي يحتاج إلى قول هذه الكلمات. عندما حدث الأمر أخيرًا، أصبح من الواضح جدًّا أن طفلي كان مثل ريتشارد؛ لم أكن مستعدًّا للتخلي عن عرشي. كان الأمر أشبه بمغادرة «ميجات» أطنان الطاقة والتوتر لجسمي. فُتحت ممرات للتعبير الذي منعه حبس هذا الطفل لأنفاسه وخوفه الشديد من أنه سيموت.

كانت عبقرية تينا في جعلي أصبح والدتي وأن أخبر نفسي وقد صرت والدتي بأني سأكون بخير. كان الأمر أشبه بالعودة إلى الوراء وتغيير القصة. الطمأنة بأني سأشعر يومًا ما بالأمان الكافي للتعبير عن ألمي جعلت من ذلك جزءًا ثمينًا من حياتي.

في تلك الليلة، حظيت بأول هزة جماع لي في وجود شخص آخر. وأنا أعلم أن ذلك ما حصل لأني أطلقت شيئًا ما ـ بعض التوتر في جسمي ـ سمح لي بأن أكون بشكل أكبر في العالم».

خاتمة

اختيارات يتعين اتخاذها



إننا على وشك أن نصبح مجتمعًا واعيًا بالصدمة. ينشر أحد زملائي تقريبًا كل يوم تقريرًا آخر حول كيفية عرقلة الصدمة لعمل العقل، والدماغ، والجسم. أظهرت دراسة «تجارب الطفولة المعاكسة» كيف أن الإساءة المبكرة تدمر الأداء الصحي والاجتماعي، في حين فاز جيمس هيكمان بجائزة نوبل لإظهاره الوفورات الهائلة الناتجة عن التدخل المبكر في حياة الأطفال من الأسر الفقيرة والمضطربة: المزيد من التخرج في المدارس الثانوية، ومعدلات إجرام أقل، وزيادة التوظيف، وانخفاض العنف الأسري والمجتمعي. ألتقي في جميع أنحاء العالم أشخاصًا يأخذون هذه البيانات على محمل الجد ويعملون بلا كلل لتطوير وتطبيق تدخلات أكثر فعالية، سواء كانوا معلمين مخلصين، أو اختصاصيين اجتماعيين، أو أطباء، أو معالجين، أو ممرضين، أو فاعلي خير، أو مديري مسارح، أو حراس سجون، أو ضباط شرطة، أو مدربي تأمُّل. إذا وصلت معي إلى هذا الموضع في «جسمك يتذكر كل شيء»، فإنك قد أصبحت أيضًا جزءًا من هذا المجتمع.

أعطتنا التطورات في علم الأعصاب فهمًا أفضل لكيفية تأثير الصدمة في نمو الدماغ، والتنظيم الذاتي، والقدرة على الاستمرار في التركيز والتناغم مع الآخرين. حددت تقنيات التصوير المتطورة أصول اضطراب كرب ما بعد

الصدمة في الدماغ، بحيث نفهم الآن لماذا ينفصل الأشخاص المصابون بصدمات عن أنفسهم، ولماذا تزعجهم الأصوات والأضواء، ولماذا قد ينفجرون أو ينسحبون استجابة لأدنى استفزاز. تعلمنا كيف تغير التجارب، طوال الحياة، بنية ووظيفة الدماغ - بل وتؤثر حتى في الجينات التي ننقلها إلى أطفالنا. إن فهم العديد من العمليات الأساسية التي تكمن وراء الكرب الناجم عن الصدمة يفتح الباب أمام مجموعة من التدخلات التي يمكن أن تُعيد تشغيل مناطق الدماغ المتعلقة بالتنظيم الذاتي، والإدراك الذاتي، والانتباه. الآن، لا نعرف فقط كيفية معالجة الصدمة ولكن أيضًا، وبشكل متزايد، كيفية منع حدوثها.

ومع ذلك، بعد حضور صلاة على روح مراهق قُتل في إطلاق نار من سيارة مسرعة في منطقة «بلو هيل آفنيو» في بوسطن أو بعد القراءة عن أحدث تخفيضات في ميزانية المدارس في المدن والبلدات الفقيرة، أجد نفسي قريبًا من اليأس. من نواحٍ عديدة، يبدو أننا نتراجع، مع تدابير مثل الإلغاء القاسي الذي قام به الكونجرس لطوابع الطعام للأطفال ذوي الآباء العاطلين عن العمل أو المسجونين؛ ومع المعارضة الشديدة للرعاية الصحية الشاملة في بعض الدوائر؛ ومع رفض الطب النفسي الغليظ الربطَ بين المعاناة النفسية والظروف الاجتماعية؛ ومع رفض حظر بيع أو حيازة الأسلحة التي يكون هدفها الوحيد قتل أعداد كبيرة من البشر؛ ومع تسامحنا مع حبس شريحة كبيرة من سكاننا، وإهدار حياتهم ومواردنا.

لا تزال المناقشات حول اضطراب كرب ما بعد الصدمة تميل إلى التركيز على الجنود العائدين مؤخرًا، وضحايا التفجيرات الإرهابية، أو الناجين من حوادث رهيبة. لكن الصدمة تظل مشكلة صحية عامة أكبر بكثير، ويمكن القول إنها أكبر تهديد لرفاهيتنا الوطنية. منذ عام ٢٠٠١، مات أمريكيون على أيدي شركائهم أو أفراد من عائلاتهم بأعداد أكبر بكثير ممن قُتلوا في حربَي العراق وأفغانستان. النساء الأمريكيات أكثر عرضة للإصابة بالعنف المنزلي

من سرطان الثدي. تقدر «الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال» أن الأسلحة النارية تقتل ضعف عدد الأطفال الذين يقتلهم السرطان. في جميع أنحاء بوسطن، أرى لافتات تعلن عن «صندوق جيمي»، الذي يحارب سرطان الأطفال، وعن مسيرات لتمويل أبحاث حول سرطان الثدي وسرطان الدم، ولكن يبدو أننا محرجون للغاية أو محبطون من بذل جهد هائل لمساعدة الأطفال والبالغين على تعلم كيفية التعامل مع الخوف، والغضب، والانهيار، العواقب المتوقعة للتعرُّض لصدمة.

عندما أقدِّم عروضًا إيضاحية عن الصدمة وعلاج الصدمة، يطلب مني المشاركون أحيانًا أن أترك السياسة وأقتصر على الحديث عن علم الأعصاب والعلاج. أتمنى أن أفصل الصدمة عن السياسة، لكن ما دمنا نعيش في حالة إنكار ونعالج الصدمة فقط بينما نتجاهل أصولها، فلا بد أن نفشل. في عالم اليوم، يحدد الرمز البريدي الخاص بك، أكثر من رمزك الجيني، ما إذا كنت ستعيش حياة آمنة وصحية. لا يؤثر دخل الأشخاص، وبنية الأسرة، والإسكان، والتوظيف، والفرص التعليمية في مخاطر تعرضهم للكرب الناجم عن الصدمة فحسب، بل يؤثر أيضًا في وصولهم إلى المساعدة الفعَّالة لمعالجته. الفقر، والبطالة، والمدارس المتدنية، والعزلة الاجتماعية، وتوافر الأسلحة على نطاق واسع، والإسكان دون المستوى، كلها تربة خصبة للصدمات. تولد الصدمة مزيدًا من الصدمة؛ تؤذي الناس الذين يؤذون آخرين.

كانت تجربتي الأكثر عمقًا مع الشفاء من الصدمات الجماعية هي مشاهدة عمل «لجنة الحقيقة والمصالحة» في جنوب أفريقيا، والتي كانت تستند إلى المبدأ التوجيهي المركزي للـ«أوبونتو» (*Ubuntu*)، وهي كلمة تنتمي إلى لغة مجموعة «الخوسا» العرقية وتشير إلى مشاركة ما لديك، كما في «إنسانيتي مرتبطة بشكل لا ينفصم بإنسانيتك». يدرك مبدأ «الأوبونتو» أن الشفاء الحقيقي مستحيل من دون الاعتراف بإنسانيتنا المشتركة ومصيرنا المشترك.

إننا كائنات اجتماعية في الأساس ـ أدمغتنا مصممة لتعزيز العمل واللعب معًا. تدمر الصدمة نظام المشاركة الاجتماعية وتتعارض مع التعاون، والرعاية، والقدرة على العمل كعضو منتج في العشيرة. رأينا في هذا الكتاب كم عدد مشكلات الصحة العقلية، من إدمان المخدرات إلى السلوك المضر بالنفس، التي تبدأ كمحاولات للتعامل مع مشاعر أصبحت لا تطاق بسبب نقص الاتصال والدعم البشري المناسبين. ومع ذلك، فإن المؤسسات التي تتعامل مع الأطفال والبالغين المصابين بصدمات غالبًا ما تتجاوز نظام المشاركة العاطفية الذي يشكل أساس هويتنا، وبدلًا من ذلك تركز بشكل ضيق على تصحيح «التفكير الخاطئ» وعلى قمع المشاعر غير السارة والسلوكيات المزعجة.

يمكن للناس أن يتعلموا التحكم في سلوكهم وتغييره، ولكن فقط إذا شعروا بالأمان الكافي لتجربة حلول جديدة. يتذكر الجسم كل شيء: إذا كانت الصدمة مشفرة في أحاسيس مفجعة ومؤلمة للقلب، فإن أولويتنا الأولى هي مساعدة الناس على الخروج من حالات القتال أو الهروب، وإعادة تنظيم تصورهم للخطر، وإدارة العلاقات. عندما يتعلق الأمر بالأطفال المصابين بصدمات، فإن آخر الأشياء التي يجب أن نحذفها من جداول المدرسة هو الأنشطة التي يمكن أن تفعل ذلك على وجه التحديد: «الكورس»، والتربية البدنية، والفسحة، وأي شيء آخر ينطوي على الحركة واللعب وأشكال أخرى من المشاركة الممتعة.

كما رأينا، فإن مهنتي غالبًا ما تؤدي إلى تفاقم المشكلة بدلًا من تخفيفها. يعمل العديد من الأطباء النفسيين اليوم في مكاتب خط التجميع، حيث يرون مرضى بالكاد يعرفونهم لمدة خمس عشرة دقيقة ثم يوزعون حبوبًا لتخفيف الألم، أو القلق، أو الاكتئاب. يبدو أن رسالتهم هي «اترك الأمر لنا لإصلاحك؛ فقط كن ممتثلًا وتناول هذه الأدوية وعُد في غضون ثلاثة أشهر ـ ولكن تأكد من عدم استخدام الكحول أو الأدوية (غير القانونية)

للتخفيف من مشكلاتك». مثل هذه الاختصارات في العلاج تجعل من المستحيل تطوير الرعاية الذاتية والقيادة الذاتية. أحد الأمثلة المأساوية على هذا التوجه هو الوصفة المتفشية لمسكنات الألم، التي تقتل الآن عددًا أكبر من الأشخاص كل عام في الولايات المتحدة أكثر من البنادق أو حوادث السيارات.

إن استخدامنا المتزايد للأدوية لعلاج هذه الحالات لا يعالج المشكلات الحقيقية: ما الذي يحاول هؤلاء المرضى التعامل معه؟ ما مواردهم الداخلية أو الخارجية؟ كيف يهدئون أنفسهم؟ هل لديهم علاقات رعاية مع أجسامهم، وماذا يفعلون لتنمية الشعور الجسدي بالقوة، والحيوية، والاسترخاء؟ هل لديهم تفاعلات ديناميكية مع أشخاص آخرين؟ من يعرفهم، ويحبهم، ويهتم بهم حقًّا؟ من يمكنهم الاعتماد عليه عندما يكونون خائفين، أو عندما يكون أطفالهم مرضى، أو عندما يكونون هم أنفسهم مرضى؟ هل هم أعضاء في مجتمع، وهل يلعبون أدوارًا حيوية في حياة الناس من حولهم؟ ما المهارات المحددة التي يحتاجون إليها للتركيز، والانتباه، واتخاذ الخيارات؟ هل لديهم إحساس بالهدف؟ ما الذي يجيدونه؟ كيف يمكننا مساعدتهم على الشعور بالمسؤولية عن حياتهم؟

يروق لي أن أعتقد أنه بمجرد أن يركز مجتمعنا حقًّا على احتياجات الأطفال، فإن جميع أشكال الدعم الاجتماعي للعائلات ـ وهي سياسة لا تزال مثيرة للجدل في هذا البلد ـ ستبدو تدريجيًّا ليست فقط مرغوبة ولكن أيضًا قابلة للتنفيذ. ما الفارق الذي سيحدث إذا حصل جميع الأطفال الأمريكيين على رعاية نهارية عالية الجودة، حيث يمكن للوالدين ترك أطفالهما بأمان في أثناء ذهابهما إلى العمل أو المدرسة؟ كيف ستبدو أنظمة مدرستنا إذا كان بإمكان جميع الأطفال الالتحاق بالمدارس التمهيدية المزودة بكادر جيد والتي تنمِّي التعاون، والتنظيم الذاتي، والمثابرة، والتركيز (على عكس التركيز على اجتياز الاختبارات، والذي سيحدث على الأرجح بمجرد

السماح للأطفال باتباع فضولهم الطبيعي ورغبتهم في التفوق، وألَّا ينغلقوا باليأس، والخوف، وفرط الإثارة)؟

لديَّ صورة عائلية لنفسي عندما كنت في الخامسة من عمري، وأنا جالس بين أشقائي الأكبر سنًّا (الأكثر حكمة بشكل واضح) والأصغر سنًّا (الأكثر اعتمادية بشكل واضح). في الصورة، أحمل بفخر قارب لعبة خشبيًّا، مبتسمًا ابتسامة عريضة من الأذن إلى الأذن: «انظر كم أنا طفل رائع وانظر كم هو قارب رائع الذي أملكه! ألا تحب المجيء واللعب معي؟». نحتاج جميعًا، وخصوصًا الأطفال، إلى مثل هذه الثقة ـ الثقة التي سيعرفها الآخرون، ويؤكدونها، ويعتزون بنا. من دون ذلك لا يمكننا تطوير شعور بالفعالية يُمكِّننا من تأكيد أن: «هذا ما أؤمن به؛ هذا ما أدافع عنه؛ هذا ما سأكرس نفسي له». ما دمنا نشعر بأننا محتضَنون بأمان في قلوب وعقول الأشخاص الذين يحبوننا، فسوف نتسلق الجبال ونعبر الصحاري ونبقى مستيقظين طوال الليل لإنهاء المشروعات. سيفعل الأطفال والكبار أي شيء للأشخاص الذين يثقون بهم والذين يقدرون آراءهم.

لكن إذا شعرنا بأننا مهجورون، أو بلا قيمة، أو غير مرئيين، فلا شيء يبدو مهمًّا. الخوف يقضي على الفضول والمرح. من أجل الحصول على مجتمع صحي، يجب علينا تربية أطفال يمكنهم اللعب والتعلم بأمان. لا يمكن أن يكون هناك نمو من دون الفضول ولا قدرة على التكيف من دون أن تكون قادرًا على استكشاف، من خلال التجربة والخطأ، من أنت وما يهمك. حاليًّا، أكثر من ٥٠ في المائة من الأطفال الذين يخدمهم برنامج «هيد ستارت» مروا بثلاث أو أكثر من تجارب الطفولة المعاكسة مثل تلك المدرجة في دراسة «تجارب الطفولة المعاكسة»: أفراد أسرة مسجونون، أو اكتئاب، أو عنف، أو سوء معاملة، أو تعاطي مخدرات في المنزل، أو فترات تشرد.

الأشخاص الذين يشعرون بالأمان والارتباط الهادف بالآخرين ليس لديهم سبب وجيه لتبديد حياتهم في تعاطي المخدرات أو التحديق إلى التلفزيون

بخدر؛ لا يشعرون بأنهم مجبرون على حشو أنفسهم بالكربوهيدرات أو الاعتداء على إخوانهم من البشر. ومع ذلك، إذا لم يُحدث أي شيء يفعلونه فرقًا، فإنهم يشعرون بأنهم محاصرون ويصبحون عرضة لإغراء الحبوب، أو قادة العصابات، أو الأديان المتطرفة، أو الحركات السياسية العنيفة ـ أي شخص وأي شيء يعد بالإغاثة. كما أظهرت دراسة «تجارب الطفولة المعاكسة»، فإن إساءة معاملة الأطفال وإهمالهم هي أكثر أسباب الأمراض العقلية قابلية للتفادي، والسبب الأكثر شيوعًا لتعاطي المخدرات والكحول، ومساهم كبير في الأسباب الرئيسية للوفاة مثل السكري، وأمراض القلب، والسرطان، والسكتة الدماغية، والانتحار.

أنا وزملائي نركز كثيرًا من عملنا حيث يكون للصدمة أكبر تأثير: في الأطفال والمراهقين. منذ أن اجتمعنا معًا لإنشاء «الشبكة الوطنية لكرب الصدمة عند الأطفال» في عام ٢٠٠١، نمت لتصبح شبكة تعاونية تضم أكثر من ١٥٠ مركزًا على مستوى البلاد، وقد أنشأ كلٌّ منها برامج في المدارس، وأنظمة قضاء الأحداث، ووكالات رعاية الأطفال، وملاجئ المشردين، ومرافق الجيش، والمنازل الجماعية السكنية.

«مركز الصدمة» هو أحد مواقع «تطوير وتقييم العلاج» في «الشبكة الوطنية لكرب الصدمة عند الأطفال». طورتُ أنا وزميلاي جو سبيناتسولا ومارجريت بلوستين برامج شاملة للأطفال والمراهقين، بمساعدة زملائي الأذكياء في مشكلات الصدمة في هارتفورد، وشيكاغو، وهيوستن، وسان فرانسيسكو، وأنكوراج، ولوس أنجلوس، ونيويورك، وننفذها الآن. يختار فريقنا منطقة معينة من الدولة للعمل كل عامين، معتمدين على جهات الاتصال المحلية لتحديد المنظمات النشطة، والمنفتحة، والمحترمة؛ ستعمل هذه في النهاية كنقاط لقاء جديدة لنشر العلاج. على سبيل المثال، تعاونت لمدة عامين مع زملائي في ميسولا، مونتانا، للمساعدة في تطوير برنامج صدمة حساس ثقافيًا في محميات «بلاكفوت» الهندية.

إن أعظم أمل للأطفال المصابين بصدمات، والذين تعرضوا لإساءة المعاملة، والمهملين هو الحصول على تعليم جيد في المدارس حيث يُرون ويُعرفون، وحيث يتعلمون تنظيم أنفسهم، وحيث يمكنهم تطوير شعور بالفعالية. يمكن للمدارس، في أفضل حالاتها، أن تعمل كجزر أمان في عالم يسوده الفوضى. يمكنها تعليم الأطفال كيف تعمل أجسامهم وعقولهم وكيف يمكنهم فهم عواطفهم والتعامل معها. يمكن للمدارس أن تلعب دورًا مهمًّا في غرس المرونة اللازمة للتعامل مع صدمات الأحياء أو العائلات. إذا أُجبر الآباء على العمل في وظيفتين لكسب لقمة العيش، أو إذا كانوا ضعيفين، أو مغمورين، أو مكتئبين للغاية بحيث لا يتناغمون مع احتياجات أطفالهم، يجب أن تكون المدارس افتراضيًّا الأماكن التي يتم فيها تعليم الأطفال القيادة الذاتية وموقعًا داخليًّا للسيطرة.

عندما يصل فريقنا إلى المدرسة، غالبًا ما تكون الاستجابة الأولية للمعلمين عبارة عن نسخة من «لو كنت أرغب في أن أصبح اختصاصيًّا اجتماعيًّا، لكنت ذهبت إلى مدرسة للعمل الاجتماعي. لكني جئت إلى هنا لأكون مدرسًا». ومع ذلك، تعلم الكثير منهم بالفعل بالطريقة الصعبة أنهم لا يستطيعون التدريس إذا كان لديهم فصل دراسي مليء بالطلاب الذين تنطلق أجراس الإنذار الخاصة بهم باستمرار. غالبًا ما يشعر حتى أكثر المعلمين والأنظمة المدرسية التزامًا بالإحباط وعدم الفعالية، لأن الكثير من أطفالهم يعانون صدمة شديدة إلى درجة لا تسمح لهم بالتعلم. التركيز فقط على تحسين درجات الاختبار لن يحدث أي فارق إذا لم يتمكن المعلمون من معالجة المشكلات السلوكية لهؤلاء الطلاب بشكل فعَّال. الخبر السار هو أن المبادئ الأساسية للتدخلات التي تركز على الصدمة يمكن ترجمتها إلى إجراءات روتينية يومية ومقاربات يمكن أن تحول ثقافة المدرسة بأكملها.

إن معظم المعلمين الذين نعمل معهم تُثيرهم معرفة أن الطلاب الذين تعرضوا لسوء المعاملة والإهمال من المرجح أن يفسروا أي انحراف عن

الروتين على أنه خطر، وأن ردود أفعالهم المتطرفة عادةً ما تكون تعبيرات عن كرب ناجم عن الصدمة. الأطفال الذين يتحدون القواعد من غير المرجح أن يفكروا بشكل عقلاني عن طريق التوبيخ اللفظي أو حتى التوقيف ـ وهي ممارسة أصبحت وبائية في المدارس الأمريكية. تبدأ وجهات نظر المعلمين في التغيير عندما يدركون أن السلوكيات المزعجة لهؤلاء الأطفال بدأت كمحاولات محبطة للتعبير عن الضيق وكمحاولات مضللة للنجاة.

أكثر من أي شيء آخر، القدرة على الشعور بالأمان مع الآخرين هي ما يحدد الصحة العقلية؛ فالاتصالات الآمنة أساسية لحياة هادفة ومُرضية. يتمثل التحدي الحاسم في بيئة الفصل الدراسي في تعزيز المعاملة بالمثل: أن تَسمع وأن تُسمع حقًّا؛ أن تَرى وأن تُرى من قِبل الآخرين حقًّا. نحاول تعليم كل فرد في المجتمع المدرسي ـ موظفو المكاتب، والمديرون، وسائقو الحافلات، والمدرسون، والعاملون في الكافتيريا ـ التعرف على آثار الصدمة في الأطفال وفهمها والتركيز على أهمية تعزيز السلامة، وإمكانية التنبؤ، وأن تكون معروفًا ومرئيًّا. نتأكد من استقبال الأطفال بأسمائهم كل صباح ومن أن المعلمين يتواصلون وجهًا لوجه مع كل واحد منهم. تمامًا كما هي الحال في ورش العمل، والعمل الجماعي، والبرامج المسرحية التي نقوم بها، نبدأ دائمًا يومنا بتسجيل الوصول: أخذ الوقت لمشاركة ما يدور في أذهان الجميع.

لم يتمكن العديد من الأطفال الذين نعمل معهم من التواصل بنجاح باستخدام اللغة، لأنهم اعتادوا على الكبار الذين يصرخون، أو يأمرون، أو يعبسون، أو يضعون سماعات الأذن في آذانهم. تتمثل إحدى خطواتنا الأولى في مساعدة معلميهم على صياغة طرق جديدة للتحدث عن المشاعر، وتوضيح التوقعات، وطلب المساعدة. بدلًا من الصراخ «توقف!» عندما تكون الطفلة في نوبة غضب، أو جعلها تجلس بمفردها في الزاوية، تُشجَّع المعلمات على ملاحظة وتسمية تجربة الطفلة، كما هي الحال في «أستطيع

أن أرى مدى انزعاجك»؛ وإعطائها خيارات، كما هي الحال في «هل ترغبين في الذهاب إلى المكان الآمن أم الجلوس في حضني؟»؛ ومساعدتها في العثور على كلمات لوصف مشاعرها والبدء في العثور على صوتها، كما في «ماذا سيحدث عندما تعودين إلى المنزل بعد انتهاء اليوم الدراسي؟». قد يستغرق الأمر عدة أشهر حتى يعرف الطفل متى يكون قول الحقيقة آمنًا (لأن الأمر لن يكون آمنًا أبدًا)، ولكن بالنسبة إلى الأطفال، كما هي الحال بالنسبة إلى البالغين، فإن تحديد حقيقة تجربة ما أمر جوهري للشفاء من الصدمة.

من الممارسات المعتادة في العديد من المدارس معاقبة الأطفال على نوبات الغضب، أو عندما يسرحون بأفكارهم بعيدًا، أو عندما تنتابهم نوبات عدوانية ـ وكلها غالبًا ما تكون أعراضًا للكرب الناجم عن الصدمة. عندما يحدث ذلك، تصبح المدرسة، بدلًا من تقديمها ملاذًا آمنًا، قدح صدمة آخر. يمكن للمواجهات الغاضبة والعقاب في أحسن الأحوال إيقاف السلوكيات غير المقبولة مؤقتًا، ولكن بالنظر إلى أن نظام الإنذار وهرمونات التوتر الأساسية لم تهدأ، فمن المؤكد أن هذه السلوكيات ستنفجر مرة أخرى عند الاستفزاز التالي.

في مثل هذه الحالات، تكون الخطوة الأولى هي الاعتراف بأن الطفل منزعج؛ ثم يجب على المعلم تهدئته، ثم استكشاف السبب ومناقشة الحلول الممكنة. على سبيل المثال، عندما ينهار طالب في الصف الأول عصبيًا، ويضرب معلمه ويرمي بالأشياء من حوله، نشجع معلمه على وضع حدود واضحة في أثناء التحدث معه بلطف: «هل ترغب في لف تلك البطانية حولك لمساعدتك على الهدوء؟» (من المرجح أن يصرخ الطفل «لا!» ولكن بعد ذلك يتكوَّر تحت البطانية ويستقر). القدرة على التنبؤ ووضوح التوقعات أمران مهمان؛ الاتساق ضروري. غالبًا ما لا يكون لدى الأطفال من أصحاب الخلفيات الفوضوية أي فكرة عن كيفية عمل الأشخاص معًا بفعالية، وعدم الاتساق يؤدي فقط إلى مزيد من الارتباك. سُرعان ما يدرك

المعلمون الحساسون للصدمة أن استدعاء أحد والدَي الطفل العنيد من المحتمل أن يؤدي إلى الضرب والمزيد من الصدمة.

إن هدفنا في كل هذه الجهود هو ترجمة علم الدماغ إلى ممارسة يومية. على سبيل المثال، التهدئة الكافية لتحمل مسؤولية أنفسنا تتطلب تنشيط مناطق الدماغ التي تلاحظ أحاسيسنا الداخلية، برج المراقبة الذاتي الذي ناقشته في الفصل الرابع. ولذلك، قد يقول المعلم: «هل نأخذ أنفاسًا عميقة أم نستخدم نجمة التنفس؟» (هذه وسيلة مساعدة للتنفس ملونة مصنوعة من مجلدات الملفات). قد يكون هناك خيار آخر هو جعل الطفل يجلس في زاوية ملفوفًا في بطانية ثقيلة في أثناء استماعه إلى بعض الموسيقى الهادئة من خلال سماعات الرأس. يمكن أن تساعد المناطق الآمنة الأطفال على الهدوء من خلال توفير الوعي الحسي المحفز: نسيج الخيش أو المخمل؛ صناديق أحذية مليئة بالفُرَش الناعمة والألعاب المرنة. عندما يكون الطفل مستعدًّا للتحدث مرة أخرى، يُشجَّع على إخبار شخص ما بما يحدث قبل أن يعود للانضمام إلى المجموعة.

يمكن للأطفال الذين تقل أعمارهم عن ثلاث سنوات نفخ فقاعات الصابون وتعلم أنهم عندما يبطئون تنفسهم إلى ستة أنفاس في الدقيقة ويركزون على الزفير بينما يتدفق على شفتهم العليا، فإنهم سيشعرون بمزيد من الهدوء والتركيز. يعمل فريق معلمي «اليوجا» لدينا مع الأطفال الذين يقتربون من سن المراهقة على وجه التحديد لمساعدتهم على «مصادقة» أجسامهم والتعامل مع الأحاسيس الجسدية المعطِّلة. نعلم أن أحد الأسباب الرئيسية للتعاطي الاعتيادي للمخدرات في سن المراهقة هو أنهم لا يستطيعون تحمل الأحاسيس الجسدية التي تشير إلى الخوف، والاهتياج، والعجز.

يمكن تعليم التنظيم الذاتي للعديد من الأطفال الذين يتنقَّلون بين النشاط المحموم وعدم الحركة. بالإضافة إلى القراءة، والكتابة، والحساب، يحتاج

جميع الأطفال إلى تعلم الوعي الذاتي، والتنظيم الذاتي، والتواصل بوصفها جزءًا من مناهجهم الدراسية الأساسية. مثلما نُعلِّم التاريخ والجغرافيا، نحتاج إلى تعليم الأطفال كيفية عمل أدمغتهم وأجسامهم. بالنسبة إلى البالغين والأطفال على حدٍّ سواء، فإن التحكم في أنفسنا يتطلب التعرف على عالمنا الداخلي وتحديد ما يخيفنا، أو يزعجنا، أو يسعدنا بدقة.

يبدأ الذكاء العاطفي بتسمية مشاعرك والتناغم مع مشاعر من حولك. نبدأ بكل بساطة: بالمرايا. يساعد النظر إلى المرآة الأطفال على إدراك شكلهم عندما يشعرون بالحزن، أو الغضب، أو الملل، أو الإحباط. ثم نسألهم: «كيف تشعر عندما ترى وجهًا كهذا؟». نعلمهم كيف تُبنى أدمغتهم، وكيف تتوجَّه عواطفهم، وأين تُسجَّل في أجسامهم، وكيف يمكنهم توصيل مشاعرهم لمن حولهم. يتعلمون أن عضلات وجوههم تعطي إشارات حول ما يشعرون به ثم يختبرون كيف تؤثر تعابير وجوههم في الآخرين.

نقوم أيضًا بتقوية برج المراقبة في الدماغ من خلال تعليمهم التعرف على أحاسيسهم الجسدية وتسميتها. على سبيل المثال، عندما يضيق صدرهم، فربما يعني ذلك أنهم متوترون؛ يصبح تنفسهم ضحلًا ويشعرون بالضيق. كيف يكون الإحساس بالغضب، وماذا يمكنهم أن يفعلوا لتغيير هذا الإحساس في أجسامهم؟ ماذا يحدث إذا أخذوا نفسًا عميقًا أو أخذوا بعض الوقت للقفز على الحبل أو ضرب كيس ملاكمة؟ هل العلاج بالإبر مفيد؟ نحاول تزويد الأطفال، والمعلمين، ومقدمي الرعاية الآخرين بمجموعة أدوات لتولي مسؤولية ردود أفعالهم العاطفية.

من أجل تعزيز المعاملة بالمثل، نستخدم تمارين انعكاس أخرى، والتي هي أساس التواصل الآمن بين الأشخاص. يتدرب الأطفال على تقليد تعابير وجوههم. يشرعون في تقليد الإيماءات والأصوات ثم النهوض والتحرك في تزامن. حتى يلعبوا بشكل جيد، يجب أن ينتبهوا لرؤية وسماع بعضهم لبعض حقًّا. تؤدي ألعاب مثل «سيمون سايز» (Simon Says) إلى الكثير من

الضحك المكبوت والضحك المكشوف ـ وهي علامات تدل على الأمان والاسترخاء. عندما يرفض المراهقون هذه «الألعاب الغبية»، فإننا نومئ متفهمين ونلجأ إلى تعاونهم من خلال مطالبتهم بعرض الألعاب للأطفال الصغار، الذين «يحتاجون إلى مساعدتهم».

يتعلم المدرسون والقادة أن نشاطًا بسيطًا مثل محاولة إبقاء كرة الشاطئ في الهواء لأطول فترة ممكنة يساعد المجموعات على أن تصبح أكثر تركيزًا، وتماسكًا، ومتعة. هذه تدخلات غير مكلفة. بالنسبة إلى الأطفال الأكبر سنًّا، قامت بعض المدارس بتركيب غُرف كمبيوتر تكلفتها أقل من مائتي دولار حيث يمكن للطلاب لعب ألعاب الكمبيوتر لمساعدتهم على التركيز وتحسين «تقلب معدل ضربات القلب» (الذي ناقشته في الفصل السادس عشر)، تمامًا كما نفعل في عيادتنا.

يحتاج الأطفال والكبار على حدٍّ سواء إلى تجربة مدى فائدة العمل بأقصى قدراتهم. الصمود هو نتاج الفعالية: معرفة أن ما تفعله يمكن أن يحدث فرقًا. يتذكر الكثير منًّا ما كان يعنيه لنا لعب الرياضات الجماعية، أو الغناء في «كورس» المدرسة، أو لعب الموسيقى في فرقة المسير، خصوصًا إذا كان لدينا مدربون أو مديرون يؤمنون بنا، ويدفعوننا إلى التفوق، ويعلموننا أننا يمكن أن نكون أفضل مما كنا نظن أنه ممكن. يحتاج الأطفال الذين نصل إليهم إلى هذه التجربة.

تعمل ألعاب القوى، وعزف الموسيقى، والرقص، والعروض المسرحية على تعزيز الفعالية والمجتمع. كما أنها تُشرك الأطفال في تحديات جديدة وأدوار غير معتادة. في بلدة ما بعد صناعية مدمرة في إقليم نيو إنجلاند، يقوم صديقاي كارولين وإيلي نيوبيرجر بتعليم «السيستيما» (El Sistema)، وهو برنامج موسيقى «أوركسترالي» نشأ في فنزويلا. يدير العديد من طلابي برامج ما بعد مدرسية لتعليم «الكابويرا» (*capoeira*) البرازيلية في منطقة عالية الجريمة في بوسطن، ويواصل زملائي في «مركز الصدمة» برنامج

«تروما دراما». في العام الماضي، قضيت ثلاثة أسابيع في مساعدة طفلين في تحضير مشهد من مسرحية «يوليوس قيصر». كان صبي متأنث وخجول يلعب دور بروتوس وكان عليه أن يستجمع قوته الكاملة لإسقاط كاسيوس، الذي كان يلعب دور متنمر الفصل، والذي كان لا بد من تدريبه ليلعب دور جنرال فاسد يستجدي الرحمة. دبَّت الحياة في المشهد فقط بعد أن تحدث المتنمر عن عنف والده وتعهده هو نفسه بعدم إظهار الضعف لأي شخص. (معظم المتنمرين أنفسهم تعرضوا للتنمر، وهم يحتقرون الأطفال الذين يذكرونهم بهشاشتهم). من ناحية أخرى، ظهر صوت بروتوس القوي بعد أن أدرك أنه جعل نفسه خفيًّا للتعامل مع عنف أسرته.

تجبر هذه الجهود الجماعية المكثفة الأطفال على التعاون، والتنازل، والتركيز على المهمة المطروحة. غالبًا ما تتصاعد التوترات، لكن الأطفال يواصلون لأنهم يريدون كسب احترام مدربيهم أو مخرجيهم ولا يريدون خذلان الفريق ـ كل المشاعر التي تتعارض مع قابلية التعرض للإيذاء التعسفي، وخفاء الإهمال، والعزلة الموحشة للصدمة.

إن برامج «الشبكة الوطنية لكرب الصدمة عند الأطفال» الخاصة بنا تنجح: يصبح الأطفال أقل قلقًا وتفاعلًا عاطفيًّا وأقل عدوانية أو انسحابًا؛ ويتعايشون بشكل أفضل ويتحسن أداؤهم المدرسي؛ وتقل مشكلات نقص الانتباه وفرط النشاط و«التحدي والمعارضة»؛ ويذكر الآباء أن أطفالهم ينامون بشكل أفضل. ما زالت هناك أشياء فظيعة تحدث لهم ومن حولهم، لكنهم الآن قادرون على الكلام عن هذه الأحداث؛ قاموا ببناء الثقة والموارد لطلب المساعدة التي يحتاجون إليها. تنجح التدخلات إذا اعتمدت على منابعنا الطبيعية للتعاون وعلى استجاباتنا الفطرية للسلامة، والمعاملة بالمثل، والخيال.

تواجهنا الصدمة باستمرار بهشاشتنا وبلا إنسانية الإنسان تجاه الإنسان، ولكنها تواجهنا أيضًا بمرونتنا غير العادية. تمكنت من القيام بهذا العمل

لفترة طويلة لأنه جذبني لاستكشاف مصادر الفرح، والإبداع، والمعنى، والاتصال - كل الأشياء التي تجعل الحياة تستحق العيش. لا أستطيع أن أتخيل كيف كنت سأتعامل مع ما عاناه العديد من مرضاي، وإنني أرى أعراضهم كجزء من قوتهم - الطرق التي تعلموها للنجاة. وعلى الرغم من كل معاناتهم، فقد أصبح الكثير منهم شركاء وأولياء أمور محبين، ومعلمين مثاليين، وممرضين، وعلماء، وفنانين.

معظم المحرضين الكبار على التغيير الاجتماعي لديهم معرفة شخصية حميمية بالصدمة. تتبادر إلى الذهن أوبرا وينفري، وكذلك مايا أنجيلو، ونيلسون مانديلا، وإيلي ويزل. اقرأ تاريخ حياة أي شخص ذي بصيرة، وستجد رؤى وشغفًا جاءا من التعامل مع الدمار.

الشيء نفسه ينطبق على المجتمعات. نشأ العديد من إنجازاتنا العميقة من تجربة الصدمة: إلغاء العبودية من الحرب الأهلية، والضمان الاجتماعي استجابة «للكساد الكبير»، وقانون «جي آي»، الذي أنتج طبقتنا الوسطى التي كانت واسعة ومزدهرة ذات يوم، من الحرب العالمية الثانية. تُعَد الصدمة الآن أكثر قضايا الصحة العامة إلحاحًا لدينا، ولدينا المعرفة اللازمة للاستجابة بفعالية. الخيار لنا للتصرف بناءً على ما نعرفه.

شكر وتقدير

يُعدُّ هذا الكتاب ثمرة ثلاثين عامًا من محاولة فَهم كيفية تعامل الناس مع تجارب الصدمة النفسية، وصمودهم أمامها، وشفائهم منها. ثلاثون عامًا من العمل السريري مع رجال، ونساء، وأطفال مصابين بصدمات نفسية، ومن مناقشات لا حصر لها مع زملاء وطلاب، ومن المشاركة في العِلم المتنامي حول كيفية تعامل العقل، والدماغ، والجسم مع التجارب العارِمة والتعافي منها.

اسمحوا لي أن أبدأ بالأشخاص الذين ساعدوني في تجهيز هذا الكتاب وفي النهاية نشره. توني بربانك، مُحرِّري، الذي تواصلت معه عدَّة مرات كل أسبوع على مدى عامين حول نِطَاق الكتاب، وطريقة تنظيمه، ومحتوياته المحددة. فَهِم توني حقًّا ما يدور حوله هذا الكتاب، وكان هذا الفَهم حاسمًا في تحديد شكل الكتاب ومضمونه. وكيلتي، بريتن بلوم، أدركت أهمية هذا العمل، ووجدت له بيتًا في «فايكنج»، وقدَّمت دعمًا مهمًّا في اللحظات الحرجة. ريك كوت، مُحرِّري في «فايكنج»، قدَّم تعليقات وإرشادات تحريرية لا تُقدر بثمن.

زملائي وطلابي في «مركز الصدمة النفسية» قدَّموا لهذا العمل التغذية، والمختبر، ونظام الدعم. كما أنهم كانوا بمنزلة تذكير دائم بالواقع اليَقِظ لعملنا خلال هذه العقود الثلاثة. لا يمكنني تسمية كل واحد منهم، لكن جوزيف

سينازولا، ومارجريت بلوستين، وروزلين مور، وريتشارد جاكوبس، وليز وارنر، ويندي دي أندريا، وجيم هوبر، وفران جروسمان، وأليكس كوك، ومارلا زوكر، وكيفن بيكر، وديفيد إيمرسون، وستيف جروس، ودانا مور، وروبرت مايسي، وليز رايس سميث، وباتي ليفين، ونينا موري، ومارك جابن، وكاري بيكور، وديبي كورن، وبيتا دي بوير فان دير كولك كانوا من المتعاونين الحاسمين. وبالطبع، آندي بوند، وسوزان واين من «معهد موارد العدالة».

كان أهم رفاقي ومُرشِديَّ في فَهم وبحث الكرب الناجم عن الصدمة هم ألكساندر ماكفارلين، وأونو فان دير هارت، وروث لانيوس، وبول فريوين، وراشيل يهودا، وستيفن بورجيس، وجلين ساكس، وجاك بانكسيب، وجانيت أوسترمان، وجوليان فورد، وبرادلي ستولباك، وفرانك بوتنام، وبروس بيري، وجوديث هيرمان، وروبرت بينوس، وبيرتهولد جيرسون، وإليرت نيجينهاوس، وأنيت ستريك فيشر، وماريلين كلويتري، ودان سيجل، وإيلي نيوبيرجر، وفينسينت فيليتي، وروبرت أندا، ومارتن تيشر، وكذلك زملائي الذين علموني عن التعلُّق: إدوارد ترونيك، وكارلين ليونز-روث، وبياتريس بيبي.

قرأ بيتر ليفين، وبات أوجدن، وآل بيسو ورقتي البحثية عن أهمية الجسم في الكرب الناجم عن الصدمة عام ١٩٩٤، ثم عرضوا تعليمي عن الجسم. ما زلت أتعلَّم منهم، ومنذ ذلك الحين وُسِّع تعلُّمي من قِبل معلمي اليوجا والتأمُّل ستيفن كوب، وجون كابات زين، وجاك كورنفيلد.

كانت سيرن فيشر أوَّل شخص علَّمني بشأن الارتجاع العصبي. ووسَّع كلٌّ من إد هاملين ولاري هيرشبرج هذا الفَهم لاحقًا. وعلَّمني ريتشارد شوارتز علاج «أنظمة الأسرة الداخلية» وساعدني في كتابة الفصل الخاص بهذا العلاج. وقدَّمني كلٌّ من كيبي ديوي وسيسا كامبيون إلى العلاج المسرحي، وحاولت تينا باكر تعليمي كيفية القيام بذلك، وقدَّم أندرو بورثويك ليزلي تفاصيل مهمة.

آدم كامينجز، وإيمي سوليفان، وسوزان ميلر قدَّموا دعمًا لا غنى عنه، والذي من دونه لم يكن من الممكن إنجاز العديد من مشاريع هذا الكتاب.

خلقت ليشيا سكاي البيئة التي سمحت لي بالتركيز على تأليف هذا الكتاب، وقدَّمت تعليقات لا تقدَّر بثمن على كل فصل من فصوله، وتبرَّعت بمواهبها الفنية لإنجاز العديد من رسومه التوضيحية، وقدَّمت إسهامات في الأقسام الخاصة بالتوعية الجسدية ومادة الحالات السريرية. سكرتيرتي المؤتمنة، أنجيلا لين، اعتنت بأزمات متعددة وأبقت السفينة تعمل بأقصى سرعة، وغالبًا ما وفَّر كلٌّ من إد وإديث شونبيرج مأوى من العواصف، وزوَّدني كلٌّ من باري ولوري جولدنسون بالنقد الأدبي والإلهام، وأظهر لي كلٌّ من هانا ونيكولاس، ابنتي وابني، أن كل جيل جديد يعيش في عالم يختلف اختلافًا راديكاليًّا عن الجيل السابق، وأن كل حياة فريدة من نوعها ـ أن كل حياة عبارة عن عمل إبداعي لصاحبها يتحدى التفسير من خلال علم الوراثة، أو البيئة، أو الثقافة فقط.

أخيرًا، مرضاي، الذين أُهدي إليهم هذا الكتاب ـ أتمنى لو أتمكَّن من الإشارة إليكم جميعًا بالاسم ـ والذين علَّموني كل شيء تقريبًا ـ لأنكم كنتم مَرجِعي الحقيقي ـ وعلَّموني تَوكيد قوة الحياة، التي تدفعنا، نحن البشر، لخلق حياة ذات معنى، بصرف النظر عن العوائق التي نواجهها.

ملحق

المعايير المقترحة المُجمَع عليها لاضطراب الصدمة التنموية

الهدف من تقديم تشخيص «اضطراب الصدمة التنموية» هو التقاط واقع العروض السريرية للأطفال والمراهقين المعرَّضين لصدمات مزمنة مع غيرهم من الأشخاص، وبالتالي توجيه الأطباء لتطوير واستخدام التدخُّلات الفعَّالة والباحثين لدراسة علم أعصاب العنف المزمن بين الأشخاص وطرق انتقاله. سواء أظهروا أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة أم لا، فإن الأطفال الذين تطوروا في سياق الخطر، وسوء المعاملة، وأنظمة تقديم الرعاية غير الكافية بشكل مستمر يتعرضون لسوء الخدمة من قِبل نظام التشخيص الحالي، حيث يؤدي في كثير من الأحيان إلى عدم التشخيص، وإلى تشخيصات متعددة غير ذات الصلة، وهو ما يُعدُّ تركيزًا على التحكم السلوكي من دون التعرف في مسببات الأعراض على الصدمة في علاقتهم بغيرهم من الأشخاص وانعدام الأمان، وقلة الاهتمام بتخفيف الاضطرابات التنموية التي تكمن وراء الأعراض.

«المعايير المقترحة المُجمَع عليها لاضطراب الصدمة التنموية» وُضِعَت وطُرِحَت في فبراير ٢٠٠٩ من قِبل فريق عمل تابع لـ«الشبكة الوطنية لكرب الصدمة عند الأطفال» بقيادة بيسيل أ. فان دير كولك، دكتور في الطب، وروبرت س. بينوس، دكتور في الطب، مع مشاركة دانتي سيشيتي، دكتوراه،

وماريلين كلويتري، دكتوراه، ويندي دي أندريا، دكتوراه، وجوليان د. فورد، دكتوراه، وأليسيا ف. ليبرمان، دكتوراه، وفرانك و. بوتنام، دكتور في الطب، وجلين ساكس، دكتور في الطب، وجوزيف سبينازولا، دكتوراه، وبرادلي س. ستولباك، دكتوراه، ومارتن تيشر، دكتوراه في الطب. تستند المعايير المقترحة بالإجماع إلى مراجعة شاملة للأدبيات التجريبية، والحكمة السريرية ذات الخبرة، واستطلاعات رأي أطباء «الشبكة الوطنية لكرب الصدمة عند الأطفال»، والتحليل الأوَّلي لبيانات آلاف الأطفال في العديد من إعدادات نظام الخدمة السريرية وخدمة الأطفال، بما في ذلك مراكز علاج الشبكة، وأنظمة رعاية الطفل بالولايات، ومراكز الطب النفسي للمرضى الداخليين، ومراكز احتجاز الأحداث. بالنظر إلى أنه لم تُفحص صحتها، أو انتشارها، أو عتبات أعراضها، أو فائدتها السريرية من خلال جمع البيانات أو تحليلها المحتمل، فلا ينبغي عدُّ هذه المعايير المقترحة فئة تشخيصية رسمية تُدمج في «الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية» كما هي مكتوبة هنا. بدلًا من ذلك، فهي تهدف إلى وصف الأعراض الأكثر أهمية سريريًّا التي أظهرها العديد من الأطفال والمراهقين بعد الصدمات المعقدة. وقد وجهت هذه المعايير المقترحة التجارب الميدانية لـ«اضطراب الصدمة التنموية» التي بدأت في عام ٢٠٠٩ وتستمر حتى يومنا هذا.

المعايير المقترحة المُجمَع عليها لاضطراب الصدمة التنموية

أ. التعرُّض. تعرُّض الطفل أو المراهق لأحداث سلبية متعددة أو مطولة أو شَهِدها على مدى فترة لا تقل عن عام واحد تبدأ في مرحلة الطفولة أو المراهقة المبكرة، بما في ذلك:

أ. ١. تجربة أو مشاهدة مباشرة لنوبات متكررة وشديدة من العنف بين الأشخاص

أ. ٢. واضطرابات كبيرة في تقديم الرعاية الحمائية نتيجة للتغيرات المتكررة في مقدم الرعاية الأساسي؛ أو الانفصال المتكرر عن مقدم الرعاية الأساسي؛ أو التعرُّض لسوء المعاملة العاطفية الشديدة والمستمرة

ب. عدم التنظيم الوجداني والفسيولوجي. يُظهر الطفل كفاءات تنموية معيارية ضعيفة تتعلق بتنظيم الاستثارة، بما في ذلك اثنان على الأقل مما يلي:

ب. ١. عدم القدرة على تعديل، أو تحمل، أو التعافي من حالات التأثر الشديدة (مثل الخوف، والغضب، والخزي)، بما في ذلك نوبات الغضب الطويلة والمتطرفة، أو انعدام القدرة على الحركة

ب. ٢. اضطرابات في تنظيم الوظائف الجسمانية (مثل الاضطرابات المستمرة في النوم والأكل وقضاء الحاجة؛ فرط التفاعل أو قلة التفاعل مع اللمس والأصوات؛ الفوضى في أثناء التحولات الروتينية)

ب. ٣. قلة الوعي/ انفصال الأحاسيس والعواطف والحالات الجسمانية

ب. ٤. ضعف القدرة على وصف العواطف أو الحالات الجسمانية

ج. خلل في التنظيم السلوكي والتنبُّهي: يُظهِر الطفل كفاءات تنموية معيارية ضعيفة تتعلق بالاهتمام المستمر، أو التعلُّم، أو التعامل مع التوتر، بما في ذلك ثلاثة على الأقل مما يلي:

ج. ١. الانشغال بالتهديد أو ضعف القدرة على إدراك التهديد، بما في ذلك القراءة الخاطئة لإشارات السلامة والخطر

ج. ٢. ضعف القدرة على الحماية الذاتية، بما في ذلك المخاطرة أو البحث عن الإثارة بشكل متطرف
ج. ٣. محاولات غير تكيفية في التهدئة الذاتية (على سبيل المثال، هز الجسم والحركات الإيقاعية الأخرى، والاستمناء القهري)
ج. ٤. إيذاء الذات (المتعمد أو التلقائي) أو الاستجابي
ج. ٥. عدم القدرة على بدء أو الحفاظ على سلوك موجَّه نحو الهدف

د. عدم التنظيم الذاتي والعلائقي. يُظهر الطفل كفاءات تنموية معيارية ضعيفة في إحساسه بالهوية الشخصية والمشاركة في العلاقات، بما في ذلك ثلاثة على الأقل مما يلي:

د. ١. الانشغال الشديد بسلامة مقدم الرعاية أو الأحباء الآخرين (بما في ذلك تقديم الرعاية المبكرة) أو صعوبة تحمُّل لم الشمل معهم بعد الانفصال
د. ٢. استمرار الشعور السلبي بالذات، بما في ذلك كراهية الذات، أو العجز، أو الشعور بانعدام القيمة، أو عدم الفعالية، أو العوار الذاتي
د. ٣. انعدام الثقة، أو التحدي، أو عدم وجود سلوك تبادلي في العلاقات الوثيقة مع البالغين أو الأقران وذلك بشكل شديد ومستمر
د. ٤. رد الفعل العدواني الجسدي أو اللفظي تجاه الأقران، أو مقدمي الرعاية، أو البالغين الآخرين
د. ٥. محاولات غير مناسبة (مُفرِطة أو عابثة) للحصول على اتصال حميمي (بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، العلاقة الحميمية الجنسية أو الجسدية) أو الاعتماد المفرط على الأقران أو البالغين من أجل السلامة والطمأنينة

د. ٦. ضعف القدرة على تنظيم الاستثارة الوجدانية، كما يتضح من عدم التعاطف مع تعبيرات الآخرين عن ضيقهم، أو عدم التسامح معها، أو الاستجابة المفرطة لضيق الآخرين

هـ. أعراض طيف ما بعد الصدمة. يُظهر الطفل عَرَضًا واحدًا على الأقل في اثنتين على الأقل من مجموعات أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة الثلاث ب، ج، د.

و. مدة الاضطراب (الأعراض في معايير «اضطراب الصدمة التنموية» ب، ج، د، هـ) على الأقل ٦ أشهر.

ز. ضعف وظيفي. يسبب الاضطراب ضائقة أو ضعفًا كبيرًا بشكل سريري في اثنين على الأقل من مجالات الأداء التالية:

- المدرسي
- الأسري
- القراني
- القانوني
- الصحي
- المهني (للشباب المنخرطين في التوظيف، أو العمل التطوعي، أو التدريب الوظيفي، أو الباحثين عن ذلك أو المحالين إليه)

B. A. van der Kolk, "Developmental Trauma Disorder: Toward A Rational Diagnosis For Children With Complex Trauma Histories", Psychiatric Annals, 35, no. 5 (2005): 401-408.

المصادر

GENERAL INFORMATION ABOUT TRAUMA AND ITS TREATMENT

- The Trauma Center at JRI. This is the website of the Trauma Center of which I am the medical director, which has numerous resources for special populations, various treatment approaches, lectures and courses: www.traumacenter.org.
- David Baldwin's Trauma Information Pages provide information for clinicians and researchers in the traumatic-stress field: http://www.trauma-pages.com/.
- National Child Traumatic Stress Network (NCTSN). Effective treatments for youth, trauma training, and education measures; reviews of measures examining trauma for parents, educators, judges, child welfare agencies, military personnel, and therapists: http://www.nctsnet.org/.
- American Psychological Association. Resource guide for traumatized people and their loved ones: http://www.apa.org/topics/trauma/.
- Averse Childhood Experiences. Several websites are devoted to the ACE study and its consequences: http://acestoohigh.com/got-your-ace-score/; http://www.cdc.gov/violenceprevention/acesstudy/; http://aces tudy.org/.
- Gift from Within PTSD Resources for Survivors and Caregivers: giftfromwithin.org.
- There & Back Again is a nonprofit organization that supports the well-being of service-members. Its mission is to provide reintegration support services to combat veterans of all conflicts: http://thereandbackagain.org/.
- HelpPRO Therapist Finder. Comprehensive listings of local therapists

specializing in trauma and other concerns, serving specific age groups, accepting payment options and more: http://www.helppro.com/.

- Sidran Foundation includes traumatic memories and general information about dealing with trauma: www.sidran.org.
- Traumatology. Green Cross Academy of Traumatology electronic journal, edited by Charles Figley: www.greencross.org/.
- PILOTS database at Dartmouth is a searchable database of the world's literature on posttraumatic stress disorder, produced by the National Center for PTSD: http://search.proquest.com/pilots/?accountid=28179.

GOVERNMENT RESOURCES

- National Center for PTSD includes links to the *PTSD Research Quarterly* and National Center divisions, including behavioral science division, clinical neuroscience division, and women's health sciences division: http://www.ptsd.va.gov/.
- Office for Victims of Crime in the Department of Justice. Provides a variety of resources for victims of crime in the United States and internationally, including the National Directory of Victim Assistance Funding Opportunities, which lists, by state and territory, the contact names, mailing addresses, telephone numbers, and e-mail addresses for the federal grant programs that provide assistance to crime victims: http://ojp.gov/ovc/.
- National Institute of Mental Health: http://www.nimh.nih.gov/health/topics/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/index.shtml.

WEB SITES SPECIFICALLY DEALING WITH TRAUMA AND MEMORY

- Jim Hopper.com. Info on the stages of recovery, recovered memories, and comprehensive literature review on remembering trauma.
- The Recovered Memory Project. Archive compiled by Ross Cheit at Brown University: http://www.brown.edu/academics/taubman-center/.

MEDICATIONS

- About Medications for Combat PTSD. Jonathan Shay, MD, PhD, staff psychiatrist, Boston VA Outpatient Clinic: http://www.dr-bob.org/tips/ptsd.html. webMD http://www.webmd.com/drugs/condition=1020-post+traumatic+stress+disorderaspx?diseaseid=10200diseasename=post+traumatic+stress+disorder

PROFESSIONAL ORGANIZATIONS FOCUSED ON GENERAL TRAUMA RESEARCH AND DISSEMINATION

- International Society for Traumatic Stress Studies: www.istss.com.
- European Society for Traumatic Stress Studies: www.estss.org.
- International Society for the Study of Trauma and Dissociation (ISSTD): http://www.isst-d.org/.

PROFESSIONAL ORGANIZATIONS DEALING WITH PARTICULAR TREATMENT METHODS

- The EMDR International Association (EMDRIA): http://www.emdria.org/.
- Sensorimotor Institute (founded by Pat Ogden): http://www.sensorimotorpsychotherapy.org/home/index.html.
- Somatic experiencing (founded by Peter Levine): http://www.traumahealing.com/somatic-experiencing/index.html.
- Internal family systems therapy: http://www.selfleadership.org/.
- Pesso Boyden system psychomotor therapy: PBSP.com.

THEATER PROGRAMS (A SAMPLE OF PROGRAMS FOR TRAUMATIZED YOUTH)

- Urban Improv uses improvisational theater workshops to teach violence prevention, conflict resolution, and decision making: http://www.urbanimprov.org/.
- The Possibility Project. Based in NYC: http://the-possibility-project.org/.
- Shakespeare in the Courts: http://www.shakespeare.org/education/for-youth/shakespeare-courts/.

YOGA AND MINDFULNESS

- http://givebackyoga.org/.
- http://www.kripalu.org/.
- http://www.mindandlife.org/.

قراءات إضافية

DEALING WITH TRAUMATIZED CHILDREN

- Blaustein, Margaret, and Kristine Kinniburgh. *Treating Traumatic Stress in Children and Adolescents: How to Foster Resilience through Attach- ment, Self-Regulation, and Competency*. New York: Guilford, 2012..
- Hughes, Daniel. *Building the Bonds of Attachment*. New York: Jason Aronson, 2006.
- Perry, Bruce, and Maia Szalavitz. *The Boy Who Was Raised as a Dog: And Other Stories from a Child Psychiatrist's Notebook*. New York: Basic Books, 2006.
- Terr, Lenore. *Too Scared to Cry: Psychic Trauma in Childhood*. Basic Books, 2008.
- Terr, Lenore C. *Working with Children to Heal Interpersonal Trauma: The Power of Play*. Ed., Eliana Gil. New York: Guilford Press, 2011.
- Saxe, Glenn, Heidi Ellis, and Julie Kaplow. *Collaborative Treatment of Traumatized Children and Teens: The Trauma Systems Therapy Approach*. New York: Guilford Press, 2006.
- Lieberman, Alicia, and Patricia van Horn. *Psychotherapy with Infants and Young Children: Repairing the Effects of Stress and Trauma on Early Attachment*. New York: Guilford Press, 2011.

PSYCHOTHERAPY

- Siegel, Daniel J. *Mindsight: The New Science of Personal Transformation*. New York: Norton, 2010.
- Fosha D., M. Solomon, and D. J. Siegel. *The Healing Power of*

Emotion: Affective Neuroscience, Development and Clinical Practice (Norton Ser- ies on Interpersonal Neurobiology). New York: Norton, 2009.

- Siegel, D., and M. Solomon: *Healing Trauma: Attachment, Mind, Body and Brain* (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). New York: Norton, 2003.
- Courtois, Christine, and Julian Ford. *Treating Complex Traumatic Stress Disorders (Adults): Scientific Foundations and Therapeutic Mod- els.* New York: Guilford, 2013.
- Herman, Judith. *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence—from Domestic Abuse to Political Terror.* New York: Basic Books, 1992.

NEUROSCIENCE OF TRAUMA

- Panksepp, Jaak, and Lucy Biven. *The Archaeology of Mind: Neuroevolutionary Origins of Human Emotions* (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). New York: Norton, 2012.
- Davidson, Richard, and Sharon Begley. *The Emotional Life of Your Brain: How Its Unique Patterns Affect the Way You Think, Feel, and Live—and How You Can Change Them.* New York: Hachette, 2012.
- Porges, Stephen. *The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-regulation* (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). New York: Norton, 2011.
- Fogel, Alan. *Body Sense: The Science and Practice of Embodied Self-Awareness* (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). New York: Norton, 2009.
- Shore, Allan N. *Affect Regulation and the Origin of the Self: The Neurobiology of Emotional Development.* New York: Psychology Press, 1994.
- Damasio, Antonio R. *The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness.* Houghton Mifflin Harcourt, 2000.

BODY- ORIENTED APPROACHES

- Cozzolino, Louis. *The Neuroscience of Psychotherapy: Healing the Social Brain,* second edition (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). New York: Norton, 2010.
- Ogden, Pat, and Kekuni Minton. *Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy* (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). New York: Norton, 2008.

- Levine, Peter A. *In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma and Restores Goodness*. Berkeley: North Atlantic, 2010.
- Levine, Peter A., and Ann Frederic. *Waking the Tiger: Healing Trauma*. Berkeley: North Atlantic, 2012
- Curran, Linda. *101 Trauma-Informed Interventions: Activities, Exercises* and Assignments to Move the Client and Therapy Forward. PESI, 2013.

EMDR

- Parnell, Laura. *Attachment-Focused EMDR: Healing Relational Trauma*. New York: Norton, 2013.
- Shapiro, Francine. *Getting Past Your Past: Take Control of Your Life with Self-Help Techniques from EMDR Therapy*. Emmaus, PA: Rodale, 2012.
- Shapiro, Francine, and Margot Silk Forrest. *EMDR: The Breakthrough "Eye Movement" Therapy for Overcoming Anxiety, Stress, and Trauma*. New York: Basic Books, 2004.

WORKING WITH DISSOCIATION

- Schwartz, Richard C. *Internal Family Systems Therapy* (The Guilford Family Therapy Series). New York: Guilford, 1997.
- O. van der Hart, E. R. Nijenhuis, and F. Steele. *The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*. New York: Norton, 2006.

COUPLES

- Gottman, John. *The Science of Trust: Emotional Attunement for Couples*. New York: Norton, 2011.

YOGA

- Emerson, David, and Elizabeth Hopper. *Overcoming Trauma through Yoga: Reclaiming Your Body*. Berkeley: North Atlantic, 2012.
- Cope, Stephen. *Yoga and the Quest for the True Self*. New York: Bantam Books, 1999.

NEUROFEEDBACK

- Fisher, Sebern. *Neurofeedback in the Treatment of Developmental Trauma: Calming the Fear-Driven Brain*. New York: Norton, 2014.

- Demos, John N. *Getting Started with Neurofeedback*. New York: Norton, 2005.
- Evans, James R. *Handbook of Neurofeedback: Dynamics and Clinical Applications*. CRC Press, 2013.

PHYSICAL EFFECTS OF TRAUMA

- Mate, Gabor. *When the Body Says No: Understanding the Stress-Disease Connection*. New York: Random House, 2011.
- Sapolsky, Robert. *Why Zebras Don't Get Ulcers: The Acclaimed Guide to Stress, Stress-Related Diseases, and Coping*. New York: Macmillan 2004.

MEDITATION AND MINDFULNESS

- Zinn, Jon Kabat and Thich Nat Hanh. *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*, revised edition. New York: Random House, 2009.
- Kornfield, Jack. *A Path with Heart: A Guide Through the Perils and Promises of Spiritual Life*. New York: Random House, 2009.
- Goldstein, Joseph, and Jack Kornfield. *Seeking the Heart of Wisdom: The Path of Insight Meditation*. Boston: Shambhala Publications, 2001.

PSYCHOMOTOR THERAPY

- Pesso, Albert, and John S. Crandell. *Moving Psychotherapy: Theory and Application of Pesso System-Psychomotor Therapy*. Northampton, MA: Brookline Books, 1991.
- Pesso, Albert. *Experience in Action: A Psychomotor Psychology*. New York: New York University Press, 1969.

ملاحظات

مقدمة

1 V. Felitti, et al. "Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study". *American Journal of Preventive Medicine* 14, no. 4 (1998): 245-58.

الفصل الأول، دروس من قدامى المحاربين في فيتنام

2 A. Kardiner, *The Traumatic Neuroses of War* (New York: P. Hoeber, 1941).
اكتشفتُ لاحقًا أن العديد من المقررات الدراسية حول صدمة الحرب نُشر في فترة الحربين العالميتين الأولى والثانية، لكن كما كتب أبرام كارديتر في عام ١٩٤٧: «إن موضوع الاضطرابات العصبية الناجمة عن الحرب قد تعرَّض، في السنوات الخمس والعشرين الماضية، إلى قدر كبير من تقلبات المصلحة العامة وأهواء الطب النفسي. لا يُحافظ الجمهور على مصلحته، التي كانت كبيرة جدًّا بعد الحرب العالمية الأولى، ولا الطب النفسي. ومن ثَمَّ لا تخضع هذه الحالات للدراسة المستمرة».

3 Op cit, p. 7.

4 B. A. van der Kolk, "Adolescent Vulnerability to Post Traumatic Stress Disorder", *Psychiatry* 48 (1985): 365-70.

5 S. A. Haley, "When the Patient Reports Atrocities: Specific Treatment Considerations of the Vietnam Veteran", *Archives of General Psychiatry* 30 (1974): 191-96.

6 E. Hartmann, B. A. van der Kolk, and M. Olfield, "A Preliminary Study of the Personality of the Nightmare Sufferer", American Journal of Psychiatry 138 (1981): 794-97; B. A. van der Kolk, et al., "Nightmares and Trauma: Life-long and Traumatic Nightmares in Veterans", *American Journal of Psychiatry* 141 (1984): 187-90.

7 B.A. van der Kolk and C. Ducey, "The Psychological Processing of Traumatic Experience: Rorschach Patterns in PTSD", *Journal of Traumatic Stress* 2 (1989): 259-74.

٨ على عكس الذكريات العادية، فإن الذكريات الصادمة تشبه إلى حدٍّ كبير شظايا أحاسيس، وعواطف، وردود فعل، وصور يُعاد اختبارها بشكل متواصل في الحاضر. إن دراسات ذكريات الهولوكوست في جامعة ييل التي كتبها كلٌّ من دوري لوب ونانيت س. أورماهن، بالإضافة إلى كتاب لورانس ل. لانجر «شهادات الهولوكوست: حطام الذاكرة» (Holocaust Testimonies: The Ruins of Memory)، والأهم من ذلك وصف بيير جانيت في ١٨٨٩ و١٨٩٣ و١٩٠٥ لطبيعة الذكريات الصادمة ساعدتنا في تنظيم ما رأيناه. سأناقش تلك الأعمال في فصل الذاكرة.

9 D. J. Henderson, "Incest", in *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, eds. A. M. Freedman and H. I. Kaplan, 2nd ed. (Baltimore: Williams & Wilkins, 1974), 1536.

10 Ibid.

11 K. H. Seal, et al., "Bringing the War Back Home: Mental Health Disorders Among 103,788 U.S. Veterans Returning from Iraq and Afghanistan Seen at Department of Veterans Affairs Facilities", *Archives of Internal Medicine* 167, no. 5 (2007): 476- 82; C. W. Hoge, J. L. Auchterlonie, and C. S. Milliken, "Mental Health Problems, Use of Mental Health Services, and Attrition from Military Service After Returning from Deployment to Iraq or Afghanistan", *Journal of the American Medical Association* 295, no. 9 (2006): 1023-32.

12 D. G. Kilpatrick and B. E. Saunders, *Prevalence and Consequences of Child Victimization: Results from the National Survey of Adolescents: Final Report* (Charleston, SC: National Crime Victims Research and Treatment Center, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Medical University of South Carolina, 1997).

13 U.S. Department of Health and Human Services, Administration on Children, Youth and Families, *Child Maltreatment 2007*, 2009. See also U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau, *Child Maltreatment 2010*, 2011.

الفصل الثاني: ثورات في فهم العقل والدماغ

14 G. Ross Baker, et al., "The Canadian Adverse Events Study: The Incidence of Adverse Events Among Hospital Patients in Canada", *Canadian Medical*

Association Journal 170, no. 11 (2004): 1678-86; A. C. McFarlane, et al., "Posttraumatic Stress Disorder in a General Psychiatric Inpatient Population", *Journal of Traumatic Stress* 14, no. 4 (2001): 633-45; Kim T. Mueser, et al., "Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in Severe Mental Illness", *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66, no. 3 (1998): 493; National Trauma Consortium, www.nationaltraumaconsortium.org.

15 E. Bleuler, *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*, trans. J. Zinkin (Washington, DC: International Universities Press, 1950), p. 227.

16 L. Grinspoon, J. Ewalt, and R. I. Shader, "Psychotherapy and Pharmacotherapy in Chronic Schizophrenia", *American Journal of Psychiatry* 124, no. 12 (1968): 1645- 52. See also L. Grinspoon, J. Ewalt, and R. I. Shader, *Schizophrenia: Psychotherapy and Pharmacotherapy* (Baltimore: Williams and Wilkins, 1972).

17 T. R. Insel, "Neuroscience: Shining Light on Depression", *Science* 317, no. 5839 (2007): 757-58. See also C. M. France, P. H. Lysaker, and R. P. Robinson, "The 'Chemical Imbalance' Explanation for Depression: Origins, Lay Endorsement, and Clinical Implications", *Professional Psychology: Research and Practice* 38 (2007): 411-20.

18 B. J. Deacon, and J. J. Lickel, "On the Brain Disease Model of Mental Disorders", *Behavior Therapist* 32, no. 6 (2009).

19 J. O. Cole, et al., "Drug Trials in Persistent Dyskinesia (Clozapine)", in *Tardive Dyskinesia, Research and Treatment*, ed. R. C. Smith, J. M. Davis, and W. E. Fahn (New York: Plenum, 1979).

20 E. F. Torrey, *Out of the Shadows: Confronting America's Mental Illness Crisis* (New York: John Wiley & Sons, 1997).

ومع ذلك، كانت هناك عوامل أخرى على القدر نفسه من الأهمية، مثل «قانون الصحة العقلية المجتمعية» للرئيس كينيدي الذي صدر عام ١٩٦٣، الذي تولَّت فيه الحكومة الفدرالية دفع تكاليف رعاية الصحة العقلية، والذي كافأ الولايات على علاج أفراد المجتمع المصابين بأمراض عقلية.

21 American Psychiatric Association, Committee on Nomenclature. Work Group to Revise DSM-III. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (American Psychiatric Publishing, 1980).

22 S. F. Maier and M. E. Seligman, "Learned Helplessness: Theory and Evidence", *Journal of Experimental Psychology: General* 105, no. 1 (1976): 3.

يُنظر أيضًا:

M. E. Seligman, S. F. Maier, and J. H. Geer, "Alleviation of Learned

Helplessness in the Dog", *Journal of Abnormal Psychology* 73, no. 3 (1968): 256; and R. L. Jackson, J. H. Alexander, and S. F. Maier, "Learned Helplessness, Inactivity, and Associative Deficits: Effects of Inescapable Shock on Response Choice Escape Learning", *Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes* 6, no. 1 (1980): 1.

23 G. A. Bradshaw and A. N. Schore, "How Elephants Are Opening Doors: Developmental Neuroethology, Attachment and Social Context", *Ethology* 113 (2007): 426-36.

24 D. Mitchell, S. Koleszar, and R. A. Scopatz, "Arousal and T-Maze Choice Behavior in Mice: A Convergent Paradigm for Neophobia Constructs and Optimal Arousal Theory", *Learning and Motivation* 15 (1984): 287-301.

يُنظر أيضًا:

D. Mitchell, E. W. Osborne, and M. W. O'Boyle, "Habituation Under Stress: Shocked Mice Show Nonassociative Learning in a T-maze", *Behavioral and Neural Biology* 43 (1985): 212-17.

25 B. A. van der Kolk, et al., "Inescapable Shock, Neurotransmitters and Addiction to Trauma: Towards a Psychobiology of Post Traumatic Stress", *Biological Psychiatry* 20 (1985): 414-25.

26 C. Hedges, *War Is a Force That Gives Us Meaning* (New York: Random House Digital, 2003).

27 B. A. van der Kolk, "The Compulsion to Repeat Trauma: Revictimization, Attachment and Masochism", *Psychiatric Clinics of North America* 12 (1989): 389-411.

28 R. L. Solomon, "The Opponent-Process Theory of Acquired Motivation: The Costs of Pleasure and the Benefits of Pain", *American Psychologist* 35 (1980): 691-712.

29 H. K. Beecher, "Pain in Men Wounded in Battle", *Annals of Surgery* 123, no. 1 (January 1946): 96-105.

30 B. A. van der Kolk, et al., "Pain Perception and Endogenous Opioids in Post Traumatic Stress Disorder", *Psychopharmacology Bulletin* 25 (1989): 117-21.

يُنظر أيضًا:

R. K. Pitman, et al., "Naloxone Reversible Stress Induced Analgesia in Post Traumatic Stress Disorder", *Archives of General Psychiatry* 47 (1990): 541-47; and Solomon, "Opponent-Process Theory of Acquired Motivation".

31 J. A. Gray and N. McNaughton, "The Neuropsychology of Anxiety: Reprise",

in *Nebraska Symposium on Motivation* (Lincoln: University of Nebraska Press, 1996), 43, 61-134.

يُنظر أيضًا:

C. G. DeYoung and J. R. Gray, "Personality Neuroscience: Explaining Individual Differences in Affect, Behavior, and Cognition", in *The Cambridge Handbook of Personality Psychology* (Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2009), 323-46.

32 M. J. Raleigh, et al., "Social and Environmental Influences on Blood Serotonin Concentrations in Monkeys", *Archives of General Psychiatry* 41 (1984): 505-10.

33 B. A. van der Kolk, et al., "Fluoxetine in Post Traumatic Stress", *Journal of Clinical Psychiatry* (1994): 517-22.

٣٤ بالنسبة إلى هواة اختبار رورشاخ بينكم، فقد عكس معدَّل CF/FC + C.

35 Grace E. Jackson, *Rethinking Psychiatric Drugs: A Guide for Informed Consent* (Bloomington, IN: AuthorHouse, 2005); Robert Whitaker, *Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs and the Astonishing Rise of Mental Illness in America* (New York: Random House, 2011).

٣٦ سنعود إلى هذه المشكلة في الفصل الخامس عشر، حيث نناقش دراستنا التي تقارن «بروزاك» بـ«الاستثارة الثنائية لحركة العين»، حيث كان للأخيرة نتائج أفضل على المدى الطويل من «بروزاك» في علاج الاكتئاب، على الأقل في بداية الصدمة عند البالغين.

37 J. M. Zito, et al., "Psychotropic Practice Patterns for Youth: A 10-Year Perspective", *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 157 (January 2003): 17-25.

38 http://en.wikipedia.org/wiki/List_of_largest_selling_pharmaceutical_products.

39 Lucette Lagnado, "U.S. Probes Use of Antipsychotic Drugs on Children", *Wall Street Journal*, August 11, 2013.

40 Katie Thomas, "J.&J. to Pay $2.2 Billion in Risperdal Settlement", *New York Times*, November 4, 2013.

41 M. Olfson, et al., "Trends in Antipsychotic Drug Use by Very Young, Privately Insured Children", *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 49, no.1 (2010): 13-23.

42 M. Olfson, et al., "National Trends in the Outpatient Treatment of Children and Adolescents with Antipsychotic Drugs", *Archives of General Psychiatry* 63, no. 6 (2006): 679.

43 A. J. Hall, et al., "Patterns of Abuse Among Unintentional Pharmaceutical

Overdose Fatalities", *Journal of the American Medical Association* 300, no. 22 (2008): 2613-20.

٤٤ خلال العقد الماضي، استقال اثنان من رؤساء تحرير أعرق مجلة طبية احترافية في الولايات المتحدة، «مجلة نيو إنجلاند الطبية» (New England Journal of Medicine)، وهما الدكتور مارسيا أنجيل والدكتور أرنولد ريلمان، من منصبيهما بسبب السلطة المفرطة لصناعة الأدوية على البحوث الطبية، والمستشفيات، والأطباء. في خطاب إلى «النيويورك تايمز» في ٢٨ ديسمبر ٢٠٠٤، أشار كلٌّ من أنجيل وريلمان إلى أن شركة أدوية واحدة أنفقت العام الماضي ٢٨ في المائة من إيراداتها (أكثر من ٦ مليارات دولار) على التسويق والنفقات الإدارية، بينما أنفقت نصف ذلك المبلغ فقط على البحث والتطوير؛ كان الاحتفاظ بنسبة ٣٠ في المائة من صافي الدخل أمرًا نموذجيًّا بالنسبة إلى صناعة الأدوية. وخلُصا إلى أن: «مهنة الطب يجب أن تتوقف عن اعتمادها على صناعة الأدوية وأن تعلِّم نفسها». لسوء الحظ، هذا يشبه الرهان على أن يتحرر السياسيون من المانحين الذين يمولون حملاتهم الانتخابية.

الفصل الثالث: النظر في الدماغ: ثورة علم الأعصاب

45 B. Roozendaal, B. S. McEwen, and S. Chattarji, "Stress, Memory and the Amygdala", *Nature Reviews Neuroscience* 10, no. 6 (2009): 423-33.

46 R. Joseph, *The Right Brain and the Unconscious* (New York: Plenum Press, 1995).

٤٧ فيلم «الاعتداء» (The Assault) (المقتبس عن الرواية التي تحمل الاسم نفسه للكاتب هاري موليش)، الذي فاز بالأوسكار بوصفه أفضل فيلم بلغة أجنبية في عام ١٩٨٦، هو مثال جيد على قوة الانطباعات العاطفية المبكرة العميقة في تحديد أشكال الشغف القوية لدى البالغين.

٤٨ هذا هو جوهر العلاج السلوكي الإدراكي. انظر:
Foa, Friedman, and Keane, *2000 Treatment Guidelines for PTSD*.

الفصل الرابع: أن تركض للنجاة بحياتك: تشريح النجاة

49 R. Sperry, "Changing Priorities", *Annual Review of Neuroscience* 4 (1981): 1-15.

50 A. A. Lima, et al., "The Impact of Tonic Immobility Reaction on the Prognosis of Posttraumatic Stress Disorder", *Journal of Psychiatric Research* 44, no. 4 (March 2010): 224-28. 3. P. Janet, *L'automatisme psychologique* (Paris: Félix Alcan, 1889).

51 P. Janet, *L'automatisme psychologique* (Paris: Félix Alcan, 1889).

52 R. R. Llinás, *I of the Vortex: From Neurons to Self* (Cambridge, MA: MIT Press, 2002).

يُنظر أيضًا:

R. Carter and C. D. Frith, *Mapping the Mind* (Berkeley: University of California Press, 1998); R. Carter, *The Human Brain Book* (Penguin, 2009); and J. J. Ratey, *A User's Guide to the Brain* (New York: Pantheon Books, 2001), 179.

53 B. D. Perry, et al., "Childhood Trauma, the Neurobiology of Adaptation, and Use Dependent Development of the Brain: How States Become Traits", *Infant Mental Health Journal* 16, no. 4 (1995): 271-91.

٥٤ إنني مدين لصديقي الراحل ديفيد سيرفان شرايبر، الذي قام بهذا التمييز لأول مرة في كتابه *The Instinct to Heal*.

55 E. Goldberg, *The Executive Brain: Frontal Lobes and the Civilized Mind* (London, Oxford University Press, 2001).

56 G. Rizzolatti and L. Craighero "The Mirror-Neuron System", Annual Review of Neuroscience 27 (2004): 169-92.

يُنظر أيضًا:

M. Iacoboni, et al., "Cortical Mechanisms of Human Imitation", Science 286, no. 5449 (1999): 2526-28; C. Keysers and V. Gazzola, "Social Neuroscience: Mirror Neurons Recorded in Humans", *Current Biology* 20, no. 8 (2010): R353-54; J. Decety and P. L. Jackson, "The Functional Architecture of Human Empathy", *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews* 3 (2004): 71-100; M. B. Schippers, et al., "Mapping the Information Flow from One Brain to Another During Gestural Communication", *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 107, no. 20 (2010): 9388-93; and A. N. Meltzoff and J. Decety, "What Imitation Tells Us About Social Cognition: A Rapprochement Between Developmental Psychology and Cognitive Neuroscience", *Philosophical Transactions of the Royal Society, London* 358 (2003): 491-500.

57 D. Goleman, *Emotional Intelligence* (New York: Random House, 2006).

يُنظر أيضًا:

V. S. Ramachandran, "Mirror Neurons and Imitation Learning as the Driving Force Behind 'the Great Leap Forward' in Human Evolution", Edge (May 31, 2000), http://edge.org/conversation/mirror-neurons-and-imitation-learning-as-the-driving-force-behind-the-great-leap-forward-in-human-evolution (retrieved April 13, 2013).

58 G. M. Edelman, and J. A. Gally, "Reentry: A Key Mechanism for Integration of Brain Function", *Frontiers in Integrative Neuroscience* 7 (2013).

59 J. LeDoux, "Rethinking the Emotional Brain", *Neuron* 73, no. 4 (2012): 653-76.

يُنظر أيضًا:

J. S. Feinstein, et al., "The Human Amygdala and the Induction and Experience of Fear", *Current Biology* 21, no. 1 (2011): 34-38.

٦٠ قشرة الفص الجبهي الإنسي هي الجزء الأوسط من الدماغ (يسمِّيها علماء الأعصاب «بنى خط الوسط»). تتكوَّن هذه المنطقة الدماغية من تكتل من البنى ذات الصلة: القشرة المدارية الجبهية، والقشرة الجبهية السفلية والظهرية، وبنية كبيرة تُسمَّى القشرة الحزامية الأمامية، وكلها تشارك في مراقبة الحالة الداخلية للجهاز العضوي واختيار الاستجابة المناسبة. يُنظر:
D. Diorio, V. Viau, and M. J. Meaney, "The Role of the Medial Prefrontal Cortex (Cingulate Gyrus) in the Regulation of HypothalamicPituitary-Adrenal Responses to Stress", *Journal of Neuroscience* 13, no. 9 (September 1993): 3839-47; J. P. Mitchell, M. R. Banaji, and C. N. Macrae, "The Link Between Social Cognition and Self-Referential Thought in the Medial Prefrontal Cortex", *Journal of Cognitive Neuroscience* 17, no. 8 (2005): 1306-15; A. D'Argembeau, et al., "Valuing One's Self: Medial Prefrontal Involvement in Epistemic and Emotive Investments in Self-Views", *Cerebral Cortex* 22 (March 2012): 659-67; M. A. Morgan, L. M. Romanski, J. E. LeDoux, "Extinction of Emotional Learning: Contribution of Medial Prefrontal Cortex", *Neuroscience Letters* 163 (1993): 109-13; L. M. Shin, S. L. Rauch, and R. K. Pitman, "Amygdala, Medial Prefrontal Cortex, and Hippocampal Function in PTSD", *Annals of the New York Academy of Sciences* 1071, no. 1 (2006): 67-79; L. M. Williams, et al., "Trauma Modulates Amygdala and Medial Prefrontal Responses to Consciously Attended Fear", *NeuroImage* 29, no. 2 (2006): 347-57; M. Koenig and J. Grafman, "Posttraumatic Stress Disorder: The Role of Medial Prefrontal Cortex and Amygdala", *Neuroscientist* 15, no. 5 (2009): 540-48; and M. R. Milad, I. Vidal-Gonzalez, and G. J. Quirk, "Electrical Stimulation of Medial Prefrontal Cortex Reduces Conditioned Fear in a Temporally Specific Manner", *Behavioral Neuroscience* 118, no. 2 (2004): 389.

61 B. A. van der Kolk, "Clinical Implications of Neuroscience Research in PTSD", *Annals of the New York Academy of Sciences* 1071 (2006): 277-93.

62 P. D. MacLean, *The Triune Brain in Evolution: Role in Paleocerebral Functions* (New York, Springer, 1990).

63 Ute Lawrence, *The Power of Trauma: Conquering Post Traumatic Stress Disorder*, iUniverse, 2009.

64 Rita Carter and Christopher D. Frith, Mapping the Mind (Berkeley: University of California Press, 1998).

يُنظر أيضًا:

A. Bechara, et al., "Insensitivity to Future Consequences Following Damage to Human Prefrontal Cortex", *Cognition* 50, no. 1 (1994): 7-15; A. Pascual-Leone, et al., "The Role of the Dorsolateral Prefrontal Cortex in Implicit Procedural Learning", *Experimental Brain Research* 107, no. 3 (1996): 479-85; and S. C. Rao, G. Rainer, and E. K. Miller, "Integration of What and Where in the Primate Prefrontal Cortex", *Science* 276, no. 5313 (1997): 821-24.

65 H. S. Duggal, "New-Onset PTSD After Thalamic Infarct", *American Journal of Psychiatry* 159, no. 12 (2002): 2113-a.

يُنظر أيضًا:

R. A. Lanius, et al., "Neural Correlates of Traumatic Memories in Posttraumatic Stress Disorder: A Functional MRI Investigation", *American Journal of Psychiatry* 158, no. 11 (2001): 1920-22; and I. Liberzon, et al., "Alteration of Corticothalamic Perfusion Ratios During a PTSD Flashback", *Depression and Anxiety* 4, no. 3 (1996): 146-50.

66 R. Noyes Jr. and R. Kletti, "Depersonalization in Response to Life-Threatening Danger", *Comprehensive Psychiatry* 18, no. 4 (1977): 375-84.

يُنظر أيضًا:

M. Sierra, and G. E. Berrios, "Depersonalization: Neurobiological Perspectives", *Biological Psychiatry* 44, no. 9 (1998): 898-908.

67 D. Church, et al., "Single-Session Reduction of the Intensity of Traumatic Memories in Abused Adolescents After EFT: A Randomized Controlled Pilot Study", *Traumatology* 18, no. 3 (2012): 73-79; and D. Feinstein and D. Church, "Modulating Gene Expression Through Psychotherapy: The Contribution of Noninvasive Somatic Interventions", *Review of General Psychology* 14, no. 4 (2010): 283-95.

يُنظر أيضًا:

www.vetcases.com.

الفصل الخامس: اتصالات الجسم-المخ

68 C. Darwin, *The Expression of the Emotions in Man and Animals* (London: Oxford University Press, 1998).

69 Ibid., 71.
70 Ibid.
71 Ibid., 71-72.
72 Ivan Pavlov (1927), p. 12.
73 Ivan Pavlov, *Lectures on Conditioned Reflexes*. NY International Publishers, 1928.
74 P. Ekman, *Facial Action Coding System: A Technique for the Measurement of Facial Movement* (Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1978).
يُنظر أيضًا:
C. E. Izard, *The Maximally Discriminative Facial Movement Coding System (MAX)* (Newark, DE: University of Delaware Instructional Resource Center, 1979).
75 S. W. Porges, *The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-Regulation*, Norton Series on Interpersonal Neurobiology (New York: WW Norton & Company, 2011).
٧٦ هذا هو الاسم الذي أطلقه كلٌّ من ستيفن بورجيس وسو كارتر على الجهاز المبهمي البطني.
http://www.pesi.com/bookstore/A_Neural_Love_Code__The_Body_s_Need_to_Engage_and_Bond-details.aspx.
77 S. S. Tomkins, *Affect, Imagery, Consciousness* (vol. 1, *The Positive Affects*) (New York: Springer, 1962); S. S. Tomkin, *Affect, Imagery, Consciousness (vol. 2, The Negative Affects)* (New York: Springer, 1963).
78 P. Ekman, *Emotions Revealed: Recognizing Faces and Feelings to Improve Communication and Emotional Life* (New York: Macmillan, 2007); P. Ekman, *The Face of Man: Expressions of Universal Emotions in a New Guinea Village* (New York: Garland STPM Press, 1980).
٧٩ يُنظر:
e.g., B. M. Levinson, "Human/Companion Animal Therapy", *Journal of Contemporary Psychotherapy* 14, no. 2 (1984): 131-44; D. A. Willis, "Animal Therapy", Rehabilitation Nursing 22, no. 2 (1997): 78-81; and A. H. Fine, ed., *Handbook on Animal-Assisted Therapy: Theoretical Foundations and Guidelines for Practice* (Waltham, MA: Academic Press, 2010).
80 P. Ekman, R. W. Levenson, and W. V. Friesen, "Autonomic Nervous System Activity Distinguishes Between Emotions", *Science* 221 (1983): 1208-10.
81 J. H. Jackson, "Evolution and Dissolution of the Nervous System", in *Selected Writings of John Hughlings Jackson*, ed. J. Taylor (London: Stapes Press, 1958), 45-118.

٨٢ أشار بورجيس إلى هذا التشبيه الخاص بمتجر الحيوانات الأليفة.
83 S. W. Porges, J. A. Doussard-Roosevelt, and A. K. Maiti, "Vagal Tone and the Physiological Regulation of Emotion", in *The Development of Emotion Regulation: Biological and Behavioral Considerations*, ed. N. A. Fox, Monographs of the Society for Research in Child Development, vol. 59 (2-3, serial no. 240) (1994), 167-86. http://www.amazon.com/The-Development-Emotion-Regulation-Considerations/dp/0226259404.
84 V. Felitti, et al., "Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study", *American Journal of Preventive Medicine* 14, no. 4 (1998): 245-58.
85 S. W. Porges, "Orienting in a Defensive World: Mammalian Modifications of Our Evolutionary Heritage: A Polyvagal Theory", *Psychophysiology* 32 (1995): 301-18.
86 B. A. Van der Kolk, "The Body Keeps the Score: Memory and the Evolving Psychobiology of Posttraumatic Stress", *Harvard Review of Psychiatry* 1, no. 5 (1994): 253-65.

الفصل السادس، أن تفقد جسمك، أن تفقد نفسك

87 K. L. Walsh, et al., "Resiliency Factors in the Relation Between Childhood Sexual Abuse and Adulthood Sexual Assault in College-Age Women", *Journal of Child Sexual Abuse* 16, no. 1 (2007): 1-17.
88 A. C. McFarlane, "The Long-Term Costs of Traumatic Stress: Intertwined Physical and Psychological Consequences", *World Psychiatry* 9, no. 1 (2010): 3-10.
89 W. James, "What Is an Emotion?" *Mind* 9: 188-205.
90 R. L. Bluhm, et al., "Alterations in Default Network Connectivity in Posttraumatic Stress Disorder Related to Early-Life Trauma", *Journal of Psychiatry & Neuroscience* 34, no. 3 (2009): 187.

يُنظر أيضًا:

J. K. Daniels, et al., "Switching Between Executive and Default Mode Networks in Posttraumatic Stress Disorder: Alterations in Functional Connectivity", *Journal of Psychiatry & Neuroscience* 35, no. 4 (2010): 258.
91 A. Damasio, *The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness* (New York: Hartcourt Brace, 1999).

يقول داماسيو في الواقع: «اختُرِع الوعي حتى نتمكَّن من معرفة الحياة»، ص٣١.

92 Damasio, *Feeling of What Happens*, p. 28.

93 Ibid., p. 29.

94 A. Damasio, *Self Comes to Mind: Constructing the Conscious Brain* (New York: Random House Digital, 2012), 17.

95 Damasio, *Feeling of What Happens*, p. 256.

96 Antonio R. Damasio, et al., "Subcortical and Cortical Brain Activity During the Feeling of Self-Generated Emotions". *Nature Neuroscience* 3, vol. 10 (2000): 1049-56.

97 A. A. T. S. Reinders, et al., "One Brain, Two Selves", *NeuroImage* 20 (2003): 2119- 25.

يُنظر أيضًا:

E. R. S. Nijenhuis, O. Van der Hart, and K. Steele, "The Emerging Psychobiology of Trauma-Related Dissociation and Dissociative Disorders", in *Biological Psychiatry*, vol. 2., eds. H. A. H. D'Haenen, J. A. den Boer, and P. Willner (West Sussex, UK: Wiley 2002), 1079-198; J. Parvizi and A. R. Damasio, "Consciousness and the Brain Stem", *Cognition* 79 (2001): 135-59; F. W. Putnam, "Dissociation and Disturbances of Self", in *Dysfunctions of the Self*, vol. 5, eds. D. Cicchetti and S. L. Toth (Rochester, NY: University of Rochester Press, 1994), 251-65; and F. W. Putnam, *Dissociation in Children and Adolescents: A Developmental Perspective* (New York: Guilford, 1997).

98 A. D'Argembeau, et al., "Distinct Regions of the Medial Prefrontal Cortex Are Associated with Self-Referential Processing and Perspective Taking", *Journal of Cognitive Neuroscience* 19, no. 6 (2007): 935-44.

يُنظر أيضًا:

N. A. Farb, et al., "Attending to the Present: Mindfulness Meditation Reveals Distinct Neural Modes of SelfReference", *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 2, no. 4 (2007): 313-22; and B. K. Hölzel, et al., "Investigation of Mindfulness Meditation Practitioners with Voxel-Based Morphometry", *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 3, no. 1 (2008): 55-61.

99 P. A. Levine, *Healing Trauma: A Pioneering Program for Restoring the Wisdom of Your Body* (Berkeley, CA: North Atlantic Books, 2008); and P. A. Levine, *In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma and Restores Goodness* (Berkeley, CA: North Atlantic Books, 2010).

100 P. Ogden and K. Minton, "Sensorimotor Psychotherapy: One Method for Processing Traumatic Memory", *Traumatology* 6, no. 3 (2000): 149-73; and

P. Ogden, K. Minton, and C. Pain, *Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy, Norton Series on Interpersonal Neurobiology* (New York: WW Norton & Company, 2006).

101 D. A. Bakal, *Minding the Body: Clinical Uses of Somatic Awareness* (New York: Guilford Press, 2001).

١٠٢ هناك دراسات لا حصر لها حول هذا الموضوع. للاطلاع على عينة صغيرة لمزيد من الدراسة:

J. Wolfe, et al., "Posttraumatic Stress Disorder and War-Zone Exposure as Correlates of Perceived Health in Female Vietnam War Veterans", *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62, no. 6 (1994): 1235-40; L. A. Zoellner, M. L. Goodwin, and E. B. Foa, "PTSD Severity and Health Perceptions in Female Victims of Sexual Assault", *Journal of Traumatic Stress* 13, no. 4 (2000): 635-49; E. M. Sledjeski, B. Speisman, and L. C. Dierker, "Does Number of Lifetime Traumas Explain the Relationship Between PTSD and Chronic Medical Conditions? Answers from the National Comorbidity Survey-Replication (NCS-R)", *Journal of Behavioral Medicine* 31 (2008): 341-49; J. A. Boscarino, "Posttraumatic Stress Disorder and Physical Illness: Results from Clinical and Epidemiologic Studies", *Annals of the New York Academy of Sciences* 1032 (2004): 141-53; M. Cloitre, et al., "Posttraumatic Stress Disorder and Extent of Trauma Exposure as Correlates of Medical Problems and Perceived Health Among Women with Childhood Abuse", *Women & Health* 34, no. 3 (2001): 1-17; D. Lauterbach, R. Vora, and M. Rakow, "The Relationship Between Posttraumatic Stress Disorder and Self-Reported Health Problems", *Psychosomatic Medicine* 67, no. 6 (2005): 939-47; B. S. McEwen, "Protective and Damaging Effects of Stress Mediators", *New England Journal of Medicine* 338, no. 3 (1998): 171-79; P. P. Schnurr and B. L. Green, *Trauma and Health: Physical Health Consequences of Exposure to Extreme Stress* (Washington, DC: American Psychological Association, 2004).

103 P. K. Trickett, J. G. Noll, and F. W. Putnam, "The Impact of Sexual Abuse on Female Development: Lessons from a Multigenerational, Longitudinal Research Study", *Development and Psychopathology* 23, no. 2 (2011): 453.

104 K. Kosten and F. Giller Jr., "Alexithymia as a Predictor of Treatment Response in Post-Traumatic Stress Disorder", *Journal of Traumatic Stress* 5, no. 4 (October 1992): 563-73.

105 G. J. Taylor and R. M. Bagby, "New Trends in Alexithymia Research", *Psychotherapy and Psychosomatics* 73, no. 2 (2004): 68-77.

106 R. D. Lane, et al., "Impaired Verbal and Nonverbal Emotion Recognition in Alexithymia", *Psychosomatic Medicine* 58, no. 3 (1996): 203-10.

107 H. Krystal and J. H. Krystal, *Integration and Self-Healing: Affect, Trauma, Alexithymia* (New York: Analytic Press, 1988).

108 P. Frewen, et al., "Clinical and Neural Correlates of Alexithymia in Posttraumatic Stress Disorder", *Journal of Abnormal Psychology* 117, no. 1 (2008): 171-81.

109 D. Finkelhor, R. K. Ormrod, and H. A. Turner, "Re-Victimization Patterns in a National Longitudinal Sample of Children and Youth", *Child Abuse & Neglect* 31, no. 5 (2007): 479-502; J. A. Schumm, S. E. Hobfoll, and N. J. Keogh, "Revictimization and Interpersonal Resource Loss Predicts PTSD Among Women in Substance-Use Treatment", *Journal of Traumatic Stress* 17, no. 2 (2004): 173-81; J. D. Ford, J. D. Elhai, D. F. Connor, and B. C. Frueh, "Poly-Victimization and Risk of Posttraumatic, De - pressive, and Substance Use Disorders and Involvement in Delinquency in a National Sample of Adolescents", *Journal of Adolescent Health* 46, no. 6 (2010): 545-52.

110 P. Schilder, "Depersonalization", in *Introduction to a Psychoanalytic Psychiatry* (New York: International Universities Press, 1952), p. 120.

111 S. Arzy, et al., "Neural Mechanisms of Embodiment: Asomatognosia Due to Premotor Cortex Damage", *Archives of Neurology* 63, no. 7 (2006): 1022-25.

يُنظر أيضًا:

S. Arzy, et al., "Induction of an Illusory Shadow Person", *Nature* 443, no. 7109 (2006): 287; S. Arzy, et al., "Neural Basis of Embodiment: Distinct Contributions of Temporoparietal Junction and Extrastriate Body Area", *Journal of Neuroscience* 26, no. 31 (2006): 8074-81; O. Blanke, et al., "Out-of-Body Experience and Autoscopy of Neurological Origin", *Brain* 127, part 2 (2004): 243-58; and M. Sierra, et al., "Unpacking the Depersonalization Syndrome: An Exploratory Factor Analysis on the Cambridge Depersonalization Scale", *Psychological Medicine* 35 (2005): 1523-32.

112 A. A. T. Reinders, et al., "Psychobiological Characteristics of Dissociative Identity Disorder: A Symptom Provocation Study", *Biological Psychiatry* 60, no. 7 (2006): 730-40.

١١٣ في كتابه «التركيز» (Focusing)، صاغ يوجين جندلين مصطلح «الإحساس المحسوس»: «الإحساس المحسوس ليس تجربة عقلية بل تجربة جسدية. وعي جسماني بموقف أو شخص أو حدث».

114 C. Steuwe, et al., "Effect of Direct Eye Contact in PTSD Related to Interpersonal Trauma: An fMRI Study of Activation of an Innate Alarm System", *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 9, no. 1 (January 2012): 88-97.

الفصل السابع، أن تكون على الموجة نفسها، التعلُّق والتناغم

115 N. Murray, E. Koby, and B. van der Kolk, "The Effects of Abuse on Children's Thoughts", chapter 4 in *Psychological Trauma* (Washington, DC: American Psychiatric Press, 1987).

١١٦ أخبرت الباحثة المختصة في التعلُّق ماري مين أطفالًا في السادسة من العمر قصةً عن طفل رحلت أمُّه وطلبت منهم تكوين قصة عما حدث بعد ذلك. معظم الأطفال، الذين كانت لديهم، وهم رُضَّع، علاقات آمنة مع أمهاتهم، شكَّلوا قصة خيالية بنهاية جيدة، في حين أن الأطفال الذين صُنِّفوا قبل خمس سنوات على أنهم يتمتعون بعلاقة تعلُّق غير منظَّمة كان لديهم ميل تجاه خيالات كارثية، وغالبًا ما أعطوا استجابات خائفة مثل «سيموت الوالدان» أو «سيقتل الطفل نفسه».

In Mary Main, Nancy Kaplan, and Jude Cassidy. "Security in Infancy, Childhood, and Adulthood: A Move to the Level of Representation", *Monographs of the Society for Research in Child Development* (1985).

117 J. Bowlby, *Attachment and Loss*, vol. 1, *Attachment* (New York: Random House, 1969); J. Bowlby, *Attachment and Loss*, vol. 2, *Separation: Anxiety and Anger* (New York: Penguin, 1975); J. Bowlby, *Attachment and Loss*, vol. 3, *Loss: Sadness and Depression* (New York: Basic, 1980); J. Bowlby, "The Nature of the Child's Tie to His Mother", *International Journal of Psycho-Analysis* 39, no. 5 (1958): 350-73.

118 C. Trevarthen, "Musicality and the Intrinsic Motive Pulse: Evidence from Human Psychobiology and Rhythms, Musical Narrative, and the Origins of Human Communication", *Muisae Scientiae*, special issue, 1999, 157-213.

119 A. Gopnik and A. N. Meltzoff, *Words, Thoughts, and Theories* (Cambridge, MA: MIT Press, 1997); A. N. Meltzoff and M. K. Moore, "Newborn Infants Imitate Adult Facial Gestures", *Child Development* 54, no. 3 (June 1983): 702-9; A. Gopnik, A. N. Meltzoff, and P. K. Kuhl, *The Scientist in the Crib: Minds, Brains, and How Children Learn* (New York: HarperCollins, 2009).

120 E. Z. Tronick, "Emotions and Emotional Communication in Infants", *American Psychologist* 44, no. 2 (1989): 112.

يُنظر أيضًا:

E. Tronick, *The Neurobehavioral and Social-Emotional Development of Infants and Children* (New York: W. W. Norton & Company, 2007); E. Tronick and M. Beeghly, "Infants' Meaning-Making and the Development of Mental Health Problems", *American Psychologist* 66, no. 2 (2011): 107; and A. V. Sravish, et al., "Dyadic Flexibility During the Face-to-Face Still-Face Paradigm: A Dynamic Systems Analysis of Its Temporal Organization", *Infant Behavior and Development* 36, no. 3 (2013): 432-37.

121 M. Main, "Overview of the Field of Attachment", *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64, no. 2 (1996): 237-43.

122 D. W. Winnicott, *Playing and Reality* (New York: Psychology Press, 1971).

يُنظر أيضًا:

D. W. Winnicott, "The Maturational Processes and the Facilitating Environment", (1965); and D. W. Winnicott, *Through Paediatrics to Psycho-analysis: Collected Papers* (New York: Brunner/Mazel, 1975).

١٢٣ كما رأينا في الفصل السادس، وكما أوضح داماسيو، فإن هذا الإحساس بالواقع الداخلي، على الأقل جزئيًّا، متجذر في الفص الجزيري، البنية الدماغية التي تلعب دورًا مركزيًّا في التواصل بين الجسم والعقل، وهي بنية غالبًا ما تكون ضعيفة في الأشخاص الذين لديهم تاريخ من الصدمة المزمنة.

124 D. W. Winnicott, *Primary Maternal Preoccupation* (London: Tavistock, 1956), 300-5.

125 S. D. Pollak, et al., "Recognizing Emotion in Faces: Developmental Effects of Child Abuse and Neglect", *Developmental Psychology* 36, no. 5 (2000): 679.

126 P. M. Crittenden, "Peering into the Black Box: An Exploratory Treatise on the Development of Self in Young Children", In *Rochester Symposium on Developmental Psychopathology, Vol. 5, Disorders and Dysfunctions of the Self*, eds. D. Cicchetti and S. L. Toth (Rochester, NY: University of Rochester Press, 1994), 79; P. M. Crittenden and A. Landini, *Assessing Adult Attachment: A Dynamic-Maturational Approach to Discourse Analysis* (New York: W. W. Norton & Company, 2011).

127 Patricia M. Crittenden, "Children's Strategies for Coping with Adverse Home Environments: An Interpretation Using Attachment Theory", *Child Abuse & Neglect* 16, no. 3 (1992): 329-43.

128 Main, 1990, op cit.
129 Main, 1990, op cit.
130 Ibid.
131 E. Hesse and M. Main, "Frightened, Threatening, and Dissociative Parental Behavior in Low-Risk Samples: Description, Discussion, and Interpretations", *Development and Psychopathology* 18, no. 2 (2006): 309-43.

يُنظر أيضًا:

E. Hesse and M. Main, "Disorganized Infant, Child, and Adult Attachment: Collapse in Behavioral and Attentional Strategies", *Journal of the American Psychoanalytic Association* 48, no. 4 (2000): 1097-127.
132 Main, "Overview of the Field of Attachment", op cit.
133 Hesse and Main, 1995, op cit, p. 310.
١٣٤ نظرنا إلى هذا من وجهة نظر بيولوجية عندما ناقشنا «فقدان القدرة على الحركة من دون خوف» في الفصل الخامس.
S. W. Porges, "Orienting in a Defensive World: Mammalian Modifications of Our Evolutionary Heritage: A Polyvagal Theory", *Psychophysiology* 32 (1995): 301-18.
135 M. H. van Ijzendoorn, C. Schuengel, and M. Bakermans-Kranenburg, "Disorganized Attachment in Early Childhood: Meta-analysis of Precursors, Concomitants, and Sequelae", *Development and Psychopathology* 11 (1999): 225-49.
136 Ijzendoorn, op cit.
137 N. W. Boris, M. Fueyo, and C. H. Zeanah, "The Clinical Assessment of Attachment in Children Under Five", *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 36, no. 2 (1997): 291-93; K. Lyons-Ruth, "Attachment Relationships Among Children with Aggressive Behavior Problems: The Role of Disorganized Early Attachment Patterns", *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64, no. 1 (1996), 64.
138 Stephen W. Porges, et al., "Infant Regulation of the Vagal 'Brake' Predicts Child Behavior Problems: A Psychobiological Model of Social Behavior", *Developmental Psychobiology* 29, no. 8 (1996): 697-712.
139 Louise Hertsgaard, et al., "Adrenocortical Responses to the Strange Situation in Infants with Disorganized/Disoriented Attachment Relationships", *Child Development* 66, no. 4 (1995): 1100-6; Gottfried Spangler, and Klaus E. Grossmann, "Biobehavioral Organization in

Securely and Insecurely Attached Infants", *Child Development* 64, no. 5 (1993): 1439-50.

140 Main and Hesse, 1990, op cit.

141 M. H. van Ijzendoorn, et al., "Disorganized Attachment in Early Childhood", op cit.

142 B. Beebe and F. M. Lachmann, *Infant Research and Adult Treatment: Coconstructing Interactions* (New York: Routledge, 2013); B. Beebe, F. Lachmann, and J. Jaffe, "Mother-Infant Interaction Structures and Presymbolic Self- and Object Representations", *Psychoanalytic Dialogues* 7, no. 2 (1997): 133-82.

143 R. Yehuda, et al., "Vulnerability to Posttraumatic Stress Disorder in Adult Offspring of Holocaust Survivors", *American Journal of Psychiatry* 155, no. 9 (1998): 1163-71.

يُنظر أيضًا:

R. Yehuda, et al., "Relationship Between Posttraumatic Stress Disorder Characteristics of Holocaust Survivors and Their Adult Offspring", *American Journal of Psychiatry* 155, no. 6 (1998): 841-43; R. Yehuda, et al., "Parental Posttraumatic Stress Disorder as a Vulnerability Factor for Low Cortisol Trait in Offspring of Holocaust Survivors", *Archives of General Psychiatry* 64, no. 9 (2007): 1040 and R. Yehuda, et al., "Maternal, Not Paternal, PTSD Is Related to Increased Risk for PTSD in Offspring of Holocaust Survivors", *Journal of Psychiatric Research* 42, no. 13 (2008): 1104-11.

144 R. Yehuda, et al., "Transgenerational Effects of PTSD in Babies of Mothers Exposed to the WTC Attacks During Pregnancy", *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 90 (2005): 4115-18.

145 G. Saxe, et al., "Relationship Between Acute Morphine and the Course of PTSD in Children with Burns", *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 40, no. 8 (2001): 915-21. See also G. N. Saxe, et al., "Pathways to PTSD, Part I: Children with Burns", *American Journal of Psychiatry* 162, no. 7 (2005): 1299-304.

146 C. M. Chemtob, Y. Nomura, and R. A. Abramovitz, "Impact of Conjoined Exposure to the World Trade Center Attacks and to Other Traumatic Events on the Behavioral Problems of Preschool Children", *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 162, no. 2 (2008): 126.

يُنظر أيضًا:

P. J. Landrigan, et al., "Impact of September 11 World Trade Center Disaster

on Children and Pregnant Women", *Mount Sinai Journal of Medicine* 75, no. 2 (2008): 129-34.

147 D. Finkelhor, R. K. Ormrod, and H. A. Turner, "Polyvictimization and Trauma in a National Longitudinal Cohort", *Development and Psychopathology* 19, no. 1 (2007): 149-66; J. D. Ford, et al., "Poly-victimization and Risk of Posttraumatic, Depressive, and Substance Use Disorders and Involvement in Delinquency in a National Sample of Adolescents", *Journal of Adolescent Health* 46, no. 6 (2010): 545-52; J. D. Ford, et al., "Clinical Significance of a Proposed Development Trauma Disorder Diagnosis: Results of an International Survey of Clinicians", *Journal of Clinical Psychiatry* 74, no. 8 (2013): 841-49.

148 Family Pathways Project, http://www.challiance.org/academics/familypathwaysproject.aspx.

149 K. Lyons-Ruth and D. Block, "The Disturbed Caregiving System: Relations Among Childhood Trauma, Maternal Caregiving, and Infant Affect and Attachment", *Infant Mental Health Journal* 17, no. 3 (1996): 257-75.

150 K. Lyons-Ruth, "The Two-Person Construction of Defenses: Disorganized Attachment Strategies, Unintegrated Mental States, and Hostile/Helpless Relational Processes", *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy* 2 (2003): 105.

151 G. Whitmer, "On the Nature of Dissociation", *Psychoanalytic Quarterly* 70, no. 4 (2001): 807-37.

يُنظر أيضًا:

K. Lyons-Ruth, "The Two-Person Construction of Defenses: Disorganized Attachment Strategies, Unintegrated Mental States, and Hostile/Helpless Relational Processes", *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy* 2, no. 4 (2002): 107-19.

152 Mary S. Ainsworth and John Bowlby, "An Ethological Approach to Personality Development", *American Psychologist* 46, no. 4 (April 1991): 333-41.

153 K. Lyons-Ruth and D. Jacobvitz, 1999; Main, 1993; K. Lyons-Ruth, "Dissociation and the Parent-Infant Dialogue: A Longitudinal Perspective from Attachment Research", *Journal of the American Psychoanalytic Association* 51, no. 3 (2003): 883-911.

154 L. Dutra, et al., "Quality of Early Care and Childhood Trauma: A Prospective Study of Developmental Pathways to Dissociation", *Journal of Nervous and Mental Disease* 197, no. 6 (2009): 383.

يُنظر أيضًا:

K. Lyons-Ruth, et al., "Borderline Symptoms and Suicidality/Self-Injury in Late Adolescence: Prospectively Observed Relationship Correlates in Infancy and Childhood", *Psychiatry Research* 206, nos. 2-3 (April 30, 2013): 273-81.

١٥٥ من أجل استعراض لتحليل الإسهامات النسبية للتعلُّق غير المنظَّم وسوء معاملة الأطفال، يُنظر:

e C. Schuengel, et al., "Frightening Maternal Behavior Linking Unresolved Loss and Disorganized Infant Attachment", *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67, no. 1 (1999): 54.

156 K. Lyons-Ruth and D. Jacobvitz, "Attachment Disorganization: Genetic Factors, Parenting Contexts, and Developmental Transformation from Infancy to Adulthood", in *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*, 2nd ed., ed. J. Cassidy and R. Shaver (New York: Guilford Press, 2008), 666-97.

يُنظر أيضًا:

E. O'connor, et al., "Risks and Outcomes Associated with Disorganized/Controlling Patterns of Attachment at Age Three Years in the National Institute of Child Health & Human Development Study of Early Child Care and Youth Development", *Infant Mental Health Journal* 32, no. 4 (2011): 450-72; and K. LyonsRuth, et al., "Borderline Symptoms and Suicidality/Self-Injury".

١٥٧ في هذه المرحلة لدينا القليل من المعلومات حول العوامل التي تؤثر في تطوُّر هذه التشوهات التنظيمية المبكرة، ولكن أحداث الحياة المتداخلة، ونوعية العلاقات الأخرى، وربما حتى العوامل الجينية من المرجح أن تعدلها بمرور الوقت. من الواضح أنه من الأهمية بمكان دراسة إلى أي درجة يمكن للوالدية المتَّسقة والمركَّزة للأطفال الذين لديهم تاريخ مبكر من سوء المعاملة والإهمال أن تُعيد ترتيب النظم البيولوجية.

158 E. Warner, et al., "Can the Body Change the Score? Application of Sensory Modulation Principles in the Treatment of Traumatized Adolescents in Residential Settings", *Journal of Family Violence* 28, no. 7 (2003): 729-38.

الفصل الثامن، محاصر في العلاقات، تكلفة الإساءة والإهمال

159 W. H. Auden, *The Double Man* (New York: Random House, 1941).

160 S. N. Wilson, et al., "Phenotype of Blood Lymphocytes in PTSD Suggests Chronic Immune Activation", *Psychosomatics* 40, no. 3 (1999): 222-25.

يُنظر أيضًا:

M. Uddin, et al., "Epigenetic and Immune Function Profiles Associated with Posttraumatic Stress Disorder", *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 107, no. 20 (2010): 9470-75; M. Altemus, M. Cloitre, and F. S. Dhabhar, "Enhanced Cellular Immune Response in Women with PTSD Related to Childhood Abuse", *American Journal of Psychiatry* 160, no. 9 (2003): 1705-7; and N. Kawamura, Y. Kim, and N. Asukai, "Suppression of Cellular Immunity in Men with a Past History of Posttraumatic Stress Disorder", *American Journal of Psychiatry* 158, no. 3 (2001): 484-86.

161 R. Summit, "The Child Sexual Abuse Accommodation Syndrome", *Child Abuse & Neglect* 7 (1983): 177-93.

١٦٢ أظهرت دراسة أُجريت باستخدام التصوير بالرنين المغناطيسي الوظيفي في جامعة لوزان في سويسرا أنه عندما يمر الناس بهذه التجارب الخارج جسدية، ويحدِّقون إلى أنفسهم كما لو كانوا ينظرون إلى الأسفل من السقف، فإنهم ينشِّطون القشرة الصدغية العلوية في الدماغ.

O. Blanke, et al., "Linking Out-of-Body Experience and Self Processing to Mental Own-Body Imagery at the Temporoparietal Junction", *Journal of Neuroscience* 25, no. 3 (2005): 550-57.

يُنظر أيضًا:

O. Blanke and T. Metzinger, "Full-Body Illusions and Minimal Phenomenal Selfhood", *Trends in Cognitive Sciences* 13, no. 1 (2009): 7-13.

١٦٣ عندما يستخدم شخص بالغ طفلة للإشباع الجنسي، تقع الطفلة دائمًا في موقف محير وتضارب في الولاءات: من خلال الكشف عن الاعتداء، فإنها تخون وتؤذي الجاني (الذي قد يكون بالغًا تعتمد عليه الطفلة من أجل الأمان والحماية)، ولكن بإخفاء الاعتداء، فإنها تزيد من عارها وهشاشتها. وضَّح هذه المعضلة لأول مرة ساندور فيرينزي عام ١٩٣٣ في:

"The Confusion of Tongues Between the Adult and the Child: The Language of Tenderness and the Language of Passion", *International Journal of Psychoanalysis* 30, no. 4 (1949): 225-30,

وقد استُكشِفَت من قِبل العديد من المؤلفين اللاحقين.

الفصل التاسع، ما علاقة الحب بذلك؟

164 Gary Greenberg, *The Book of Woe: The DSM and the Unmaking of Psychiatry* (New York: Penguin, 2013).

165 http://www.thefreedictionary.com/diagnosis.

١٦٦ يمكن الوصول إلى «استبيان السوابق الصادمة» على موقع «مركز الصدمة»:
www.traumacenter.org/products/instruments.php.

167 J. L. Herman, J. C. Perry, and B. A. van der Kolk, "Childhood Trauma in Borderline Personality Disorder", *American Journal of Psychiatry* 146, no. 4 (April 1989): 490-95.

١٦٨ وجد تيشر تغيرات مهمة في القشرة الجبهية المدارية، وهي منطقة من الدماغ تشارك في صنع القرار وتنظيم السلوك المرتبط بالحساسية للمطالب الاجتماعية.
M. H. Teicher, et al., "The Neurobiological Consequences of Early Stress and Childhood Maltreatment", *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 27, no. 1 (2003): 33-44.

يُنظر أيضًا:
M. H. Teicher, "Scars That Won't Heal: The Neurobiology of Child Abuse", Scientific American 286, no. 3 (2002): 54-61; M. Teicher, et al., "Sticks, Stones, and Hurtful Words: Relative Effects of Various Forms of Childhood Maltreatment", *American Journal of Psychiatry* 163, no. 6 (2006): 993-1000; A. Bechara, et al., "Insensitivity to Future Consequences Following Damage to Human Prefrontal Cortex", *Cognition* 50 (1994): 7-15.

يؤدي الضعف في هذه المنطقة من الدماغ إلى السب المفرط، والتفاعلات الاجتماعية السيئة، والمقامرة القهرية، والإفراط في تعاطي الكحول/ المخدرات، وضعف القدرة على التعاطف.
M. L. Kringelbach and E. T. Rolls, "The Functional Neuroanatomy of the Human Orbitofrontal Cortex: Evidence from Neuroimaging and Neuropsychology", *Progress in Neurobiology* 72 (2004): 341-72.

المنطقة الإشكالية الأخرى التي حدَّدها تيشر هي الطَّلل، وهي منطقة دماغية تشارك في فهم الذات والقدرة على اتخاذ منظور حول كيفية اختلاف تصوُّراتك عن تصوُّرات شخص آخر.
A. E. Cavanna and M. R. Trimble "The Precuneus: A Review of Its Functional Anatomy and Behavioural Correlates", *Brain* 129 (2006): 564-83.

169 S. Roth, et al., "Complex PTSD in Victims Exposed to Sexual and Physical Abuse: Results from the DSM-IV Field Trial for Posttraumatic Stress Disorder", *Journal of Traumatic Stress* 10 (1997): 539-55; B. A. van der Kolk, et al., "Dissociation, Somatization, and Affect Dysregulation: The Complexity of Adaptation to Trauma", *American Journal of Psychiatry*

153 (1996): 83-93; D. Pelcovitz, et al., "Development of a Criteria Set and a Structured Interview for Disorders of Extreme Stress (SIDES)", *Journal of Traumatic Stress* 10 (1997): 3-16; S. N. Ogata, et al., "Childhood Sexual and Physical Abuse in Adult Patients with Borderline Personality Disorder", *American Journal of Psychiatry* 147 (1990): 1008-13; M. C. Zanarini, et al., "Axis I Comorbidity of Borderline Personality Disorder", American Journal of Psychiatry 155, no. 12 (December 1998): 1733-39; S. L. Shearer, et al., "Frequency and Correlates of Childhood Sexual and Physical Abuse Histories in Adult Female Borderline Inpatients", *American Journal of Psychiatry* 147 (1990): 214-16; D. Westen, et al., "Physical and Sexual Abuse in Adolescent Girls with Borderline Personality Disorder", *American Journal of Orthopsychiatry* 60 (1990): 55-66; M. C. Zanarini, et al., "Reported Pathological Childhood Experiences Associated with the Development of Borderline Personality Disorder", *American Journal of Psychiatry* 154 (1997): 1101-6.

170 J. Bowlby, *A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development* (New York: Basic Books, 2008), 103.

171 B. A. van der Kolk, J. C. Perry, and J. L. Herman, "Childhood Origins of SelfDestructive Behavior", *American Journal of Psychiatry* 148 (1991): 1665-71.

١٧٢ وجدت هذه الفكرة مزيدًا من الدعم في عمل عالم الأعصاب جاك بانكسيب، الذي وجد أن الفئران الصغيرة التي لم تلعقها أمهاتها خلال الأسبوع الأول من حياتها لم تطوِّر مستقبلات أفيونية في القشرة الحزامية الأمامية، وهي جزء من الدماغ مرتبط بالانتماء والشعور بالأمان. يُنظر:

E. E. Nelson and J. Panksepp, "Brain Substrates of Infant-Mother Attachment: Contributions of Opioids, Oxytocin, and Norepinephrine", *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 22, no. 3 (1998): 437-52.

يُنظر أيضًا:

J. Panksepp, et al., "Endogenous Opioids and Social Behavior", Neuroscience & Biobehavioral Reviews 4, no. 4 (1981): 473-87; and J. Panksepp, E. Nelson, and S. Siviy, "Brain Opioids and Mother-Infant Social Motivation", *Acta paediatrica* 83, no. 397 (1994): 40-46.

١٧٣ ضم الوفد إلى روبرت سبتزر أيضًا جودي هيرمان، وجيم تشو، وديفيد بيلكوفيتز.

174 B. A. van der Kolk, et al., "Disorders of Extreme Stress: The Empirical Foundation of a Complex Adaptation to Trauma", *Journal of Traumatic Stress* 18, no. 5 (2005): 389-99.

يُنظر أيضًا:

J. L. Herman, "Complex PTSD: A Syndrome in Survivors of Prolonged and Repeated Trauma", *Journal of Traumatic Stress* 5, no. 3 (1992): 377- 91; C. Zlotnick, et al., "The Long-Term Sequelae of Sexual Abuse: Support for a Complex Posttraumatic Stress Disorder", *Journal of Traumatic Stress* 9, no. 2 (1996): 195-205; S. Roth, et al., "Complex PTSD in Victims Exposed to Sexual and Physical Abuse: Results from the DSM-IV Field Trial for Posttraumatic Stress Disorder", *Journal of Traumatic Stress* 10, no. 4 (1997): 539-55; and D. Pelcovitz, et al., "Development and Validation of the Structured Interview for Measurement of Disorders of Extreme Stress", *Journal of Traumatic Stress* 10 (1997): 3-16.

175 B. C. Stolbach, et al., "Complex Trauma Exposure and Symptoms in Urban Traumatized Children: A Preliminary Test of Proposed Criteria for Developmental Trauma Disorder", *Journal of Traumatic Stress* 26, no. 4 (August 2013): 483-91.

176 B. A. van der Kolk, et al., "Dissociation, Somatization and Affect Dysregulation: The Complexity of Adaptation to Trauma", *American Journal of Psychiatry* 153, suppl (1996): 83-93.

يُنظر أيضًا:

D. G. Kilpatrick, et al., "Posttraumatic Stress Disorder Field Trial: Evaluation of the PTSD Construct—Criteria A Through E", in: *DSM-IV Sourcebook*, vol. 4 (Washington, DC: American Psychiatric Press, 1998), 803-44; T. Luxenberg, J. Spinazzola, and B. A. van der Kolk, "Complex Trauma and Disorders of Extreme Stress (DESNOS) Diagnosis, Part One: Assessment", *Directions in Psychiatry* 21, no. 25 (2001): 373-92; and B. A. van der Kolk, et al., "Disorders of Extreme Stress: The Empirical Foundation of a Complex Adaptation to Trauma", *Journal of Traumatic Stress* 18, no. 5 (2005): 389-99.

177 http://www.cdc.gov/ace/findings.htm; http://acestudy.org/download; V. Felitti, et al., "Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study", *American Journal of Preventive Medicine* 14, no. 4 (1998): 245-58.

يُنظر أيضًا:

R. Reading, "The Enduring Effects of Abuse and Related Adverse Experiences in Childhood: A Convergence of Evidence from Neurobiology

and Epidemiology", *Child: Care, Health and Development* 32, no. 2 (2006): 253-56; V. J. Edwards, et al., "Experiencing Multiple Forms of Childhood Maltreatment and Adult Mental Health: Results from the Adverse Childhood Experiences (ACE) Study", *American Journal of Psychiatry* 160, no. 8 (2003): 1453-60; S. R. Dube, et al., "Adverse Childhood Experiences and Personal Alcohol Abuse as an Adult", *Addictive Behaviors* 27, no. 5 (2002): 713-25; S. R. Dube, et al., "Childhood Abuse, Neglect, and Household Dysfunction and the Risk of Illicit Drug Use: The Adverse Childhood Experiences Study", *Pediatrics* 111, no. 3 (2003): 564-72.

178 S. A. Strassels, "Economic Burden of Prescription Opioid Misuse and Abuse", *Journal of Managed Care Pharmacy* 15, no. 7 (2009): 556-62.

179 C. B. Nemeroff, et al., "Differential Responses to Psychotherapy Versus Pharmacotherapy in Patients with Chronic Forms of Major Depression and Childhood Trauma", *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 100, no. 24 (2003): 14293-96.

يُنظر أيضًا:

C. Heim, P. M. Plotsky, and C. B. Nemeroff, "Importance of Studying the Contributions of Early Adverse Experience to Neurobiological Findings in Depression", *Neuropsychopharmacology* 29, no. 4 (2004): 641-48.

180 B. E. Carlson, "Adolescent Observers of Marital Violence", *Journal of Family Violence* 5, no. 4 (1990): 285-99.

يُنظر أيضًا:

B. E. Carlson, "Children's Observations of Interparental Violence", in Battered Women and Their Families, ed. A. R. Roberts (New York: Springer, 1984), 147-67; J. L. Edleson, "Children's Witnessing of Adult Domestic Violence", *Journal of Interpersonal Violence* 14, no. 8 (1999): 839-70; K. Henning, et al., "Long-Term Psychological and Social Impact of Witnessing Physical Conflict Between Parents", *Journal of Interpersonal Violence* 11, no. 1 (1996): 35-51; E. N. Jouriles, C. M. Murphy, and D. O'Leary, "Interpersonal Aggression, Marital Discord, and Child Problems", *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57, no. 3 (1989): 453-55; J. R. Kolko, E. H. Blakely, and D. Engelman, "Children Who Witness Domestic Violence: A Review of Empirical Literature", *Journal of Interpersonal Violence* 11, no. 2 (1996): 281-93; and J. Wolak and D. Finkelhor, "Children Exposed to Partner Violence", in *Partner Violence: A Comprehensive Review of 20 Years of Research*, ed. J. L. Jasinski and L. Williams (Thousand Oaks, CA: Sage, 1998).

١٨١ تستند معظم هذه التصريحات إلى محادثات مع فينسينت فيليتي، والتي ضخَّم تأثيرها
J. E. Stevens, "The Adverse Childhood Experiences Study—the Largest Public Health Study You Never Heard Of", *Huffington Post*, October 8, 2012, http://www.huffingtonpost.com/jane-ellen-stevens/the-adverse-childhood-exp_1_b_1943647.html.

١٨٢ نسبة السكان المنسوبة إلى الخطر: نسبة مشكلة ما في إجمالي السكان الذين يمكن أن تُنسب مشكلاتهم إلى عوامل خطر محددة.

183 National Cancer Institute, "Nearly 800,000 Deaths Prevented Due to Declines in Smoking" (press release), March 14, 2012, available at http://www.cancer.gov/newscenter/newsfromnci/2012/TobaccoControlCISNET.

الفصل العاشر: الصدمة التنموية: الوباء الخفي

١٨٤ كانت هذه الحالات جزءًا من التجربة الميدانية لاضطراب الصدمة التنموية، التي أجريتها أنا، وجوليان فورد، وجوزيف سبينازولا بشكل مشترك.

185 H. J. Williams, M. J. Owen, and M. C. O'Donovan, "Schizophrenia Genetics: New Insights from New Approaches", *British Medical Bulletin* 91 (2009): 61-74.

يُنظر أيضًا:

P. V. Gejman, A. R. Sanders, and K. S. Kendler, "Genetics of Schizophrenia: New Findings and Challenges", *Annual Review of Genomics and Human Genetics* 12 (2011): 121-44; and A. Sanders, et al., "No Significant Association of 14 Candidate Genes with Schizophrenia in a Large European Ancestry Sample: Implications for Psychiatric Genetics", *American Journal of Psychiatry* 165, no. 4 (April 2008): 497-506.

186 R. Yehuda, et al., "Putative Biological Mechanisms for the Association Between Early Life Adversity and the Subsequent Development of PTSD", *Psychopharmacology* 212, no. 3 (October 2010): 405-17; K. C. Koenen, "Genetics of Posttraumatic Stress Disorder: Review and Recommendations for Future Studies", *Journal of Traumatic Stress* 20, no. 5 (October 2007): 737-50; M. W. Gilbertson, et al., "Smaller Hippocampal Volume Predicts Pathologic Vulnerability to Psychological Trauma", *Nature Neuroscience* 5 (2002): 1242-47.

187 Koenen, "Genetics of Posttraumatic Stress Disorder".

يُنظر أيضًا:

R. F. P. Broekman, M. Olff, and F. Boer, "The Genetic Background to PTSD", *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 31, no. 3 (2007): 348-62.

188 M. J. Meaney and A. C. Ferguson-Smith, "Epigenetic Regulation of the Neural Transcriptome: The Meaning of the Marks", *Nature Neuroscience* 13, no. 11 (2010): 1313-18.

يُنظر أيضًا:

M. J. Meaney, "Epigenetics and the Biological Definition of Gene × Environment Interactions", *Child Development* 81, no. 1 (2010): 41-79; and B. M. Lester, et al., "Behavioral Epigenetics", *Annals of the New York Academy of Sciences* 1226, no. 1 (2011): 14-33.

189 M. Szyf, "The Early Life Social Environment and DNA Methylation: DNA Methylation Mediating the Long-Term Impact of Social Environments Early in Life", *Epigenetics* 6, no. 8 (2011): 971-78.

190 Moshe Szyf, Patrick McGowan, and Michael J. Meaney, "The Social Environment and the Epigenome", *Environmental and Molecular Mutagenesis* 49, no. 1 (2008): 46-60.

١٩١ هناك الآن أدلة كثيرة على أن التجارب الحياتية من جميع الأنواع تغير التعبير الجيني. بعض الأمثلة على ذلك:

D. Mehta et al., "Childhood Maltreatment Is Associated with Distinct Genomic and Epigenetic Profiles in Posttraumatic Stress Disorder", *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 110, no. 20 (2013): 8302-7; P. O. McGowan, et al., "Epigenetic Regulation of the Glucocorticoid Receptor in Human Brain Associates with Childhood Abuse", *Nature Neuroscience* 12, no. 3 (2009): 342-48; M. N. Davies, et al., "Functional Annotation of the Human Brain Methylome Identifies Tissue-Specific Epigenetic Variation Across Brain and Blood", *Genome Biology* 13, no. 6 (2012): R43; M. Gunnar and K. Quevedo, "The Neurobiology of Stress and Development", *Annual Review of Psychology* 58 (2007): 145-73; A. Sommershof, et al., "Substantial Reduction of Naïve and Regulatory T Cells Following Traumatic Stress", *Brain, Behavior, and Immunity* 23, no. 8 (2009): 1117-24; N. Provençal, et al., "The Signature of Maternal Rearing in the Methylome in Rhesus Macaque Prefrontal Cortex and T Cells", *Journal of Neuroscience* 32, no. 44 (2012): 15626-42; B. Labonté, et al., "Genome-wide Epigenetic Regulation by Early-Life Trauma", *Archives of General Psychiatry* 69, no. 7 (2012): 722-31; A. K. Smith, et al., "Differential Immune System DNA Methylation and Cytokine Regulation in Post-traumatic Stress Disorder", *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics* 156B,

no. 6 (2011): 700-8; M. Uddin, et al., "Epigenetic and Immune Function Profiles Associated with Posttraumatic Stress Disorder", *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 107, no. 20 (2010): 9470-75.

192 C. S. Barr, et al., "The Utility of the Non-human Primate Model for Studying Gene by Environment Interactions in Behavioral Research", *Genes, Brain and Behavior* 2, no. 6 (2003): 336-40.

193 A. J. Bennett, et al., "Early Experience and Serotonin Transporter Gene Variation Interact to Influence Primate CNS Function", *Molecular Psychiatry* 7, no. 1 (2002): 118-22.

يُنظر أيضًا:

C. S. Barr, et al., "Interaction Between Serotonin Transporter Gene Variation and Rearing Condition in Alcohol Preference and Consumption in Female Primates", *Archives of General Psychiatry* 61, no. 11 (2004): 1146; and C. S. Barr, et al., "Serotonin Transporter Gene Variation Is Associated with Alcohol Sensitivity in Rhesus Macaques Exposed to Early-Life Stress", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 27, no. 5 (2003): 812-17.

194 A. Roy, et al., "Interaction of FKBP5, a Stress-Related Gene, with Childhood Trauma Increases the Risk for Attempting Suicide", *Neuropsychopharmacology* 35, no. 8 (2010): 1674-83.

يُنظر أيضًا:

M. A. Enoch, et al., "The Influence of GABRA2, Childhood Trauma, and Their Interaction on Alcohol, Heroin, and Cocaine Dependence", *Biological Psychiatry* 67 no. 1 (2010): 20-27; and A. Roy, et al., "Two HPA Axis Genes, CRHBP and FKBP5, Interact with Childhood Trauma to Increase the Risk for Suicidal Behavior", *Journal of Psychiatric Research* 46, no. 1 (2012): 72-79.

195 A. S. Masten and D. Cicchetti, "Developmental Cascades", Development and Psychopathology 22, no. 3 (2010): 491-95; S. L. Toth, et al., "Illogical Thinking and Thought Disorder in Maltreated Children", *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 50, no. 7 (2011): 659-68; J. Willis, "Building a Bridge from Neuroscience to the Classroom", *Phi Delta Kappan* 89, no. 6 (2008): 424; I. M. Eigsti and D. Cicchetti, "The Impact of Child Maltreatment on Expressive Syntax at 60 Months", *Developmental Science* 7, no. 1 (2004): 88-102.

196 J. Spinazzola, et al., "Survey Evaluates Complex Trauma Exposure,

Outcome, and Intervention Among Children and Adolescents", *Psychiatric Annals* 35, no. 5 (2005): 433-39.

197 R. C. Kessler, C. B. Nelson, and K. A. McGonagle, "The Epidemiology of Co-occuring Addictive and Mental Disorders", *American Journal of Orthopsychiatry* 66, no. 1 (1996): 17-31.

يُنظر أيضًا:

Institute of Medicine of the National Academies, *Treatment of Posttraumatic Stress Disorder* (Washington: National Academies Press, 2008); and C. S. North, et al., "Toward Validation of the Diagnosis of Posttraumatic Stress Disorder", *American Journal of Psychiatry* 166, no. 1 (2009): 34-40.

198 Joseph Spinazzola, et al., "Survey Evaluates Complex Trauma Exposure, Outcome, and Intervention Among Children and Adolescents", *Psychiatric Annals* (2005).

١٩٩ تألفت مجموعة العمل من بوب بينوس، وفرانك بوتنام، وجلين ساكس، وجوليان فورد، وجوزيف سبينازولا، وماريلين كلويتري، وبرادلي ستولباك، وألكساندر ماكفارلين، وأليسيا ليبرمان، ووينديي دي أندريا، ومارتن تيشر، ودانتي سيشيتي.

٢٠٠ يمكن العثور على المعايير المقترحة لاضطراب الصدمة التنموية في الملحق.

201 http://www.traumacenter.org/products/instruments.php.

٢٠٢ للمزيد عن سروف في:

www.cehd.umn.edu/icd/people/faculty/cpsy/sroufe.html

وللمزيد عن «دراسة مينيسوتا الطولية للمخاطر والتكيف» ومنشوراتها في:

http://www.cehd.umn.edu/icd/research/parent-child/

http://www.cehd.umn.edu/icd/research/parent-child/publications/.

يُنظر أيضًا:

L. A. Sroufe and W. A. Collins, *The Development of the Person: The Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood* (New York: Guilford Press, 2009); and L. A. Sroufe, "Attachment and Development: A Prospective, Longitudinal Study from Birth to Adulthood", *Attachment & Human Development* 7, no. 4 (2005): 349-67.

203 L. A. Sroufe, *The Development of the Person: The Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood* (New York: Guilford Press, 2005).

توصلت الباحثة في جامعة هارفارد، كارلين ليونز-روث، إلى نتائج مماثلة في عينة من الأطفال تابعتها لمدة ثمانية عشر عامًا تقريبًا: كان التعلّق غير المنظّم، وانعكاس الأدوار، والافتقار إلى تواصل الأمهات مع الأطفال في سن الثالثة من أعظم المؤشرات على كون الأطفال جزءًا من نظام الصحة العقلية أو الخدمة الاجتماعية في سن الثامنة عشرة.

204 D. Jacobvitz and L. A. Sroufe, "The Early Caregiver-Child Relationship and Attention-Deficit Disorder with Hyperactivity in Kindergarten: A Prospective Study", *Child Development* 58, no. 6 (December 1987): 1496-504.

205 G. H. Elder Jr., T. Van Nguyen, and A. Caspi, "Linking Family Hardship to Children's Lives", *Child Development* 56, no. 2 (April 1985): 361-75.

٢٠٦ بالنسبة إلى الأطفال الذين تعرضوا للإيذاء الجسدي، زادت فرصة تشخيصهم باضطراب السلوك أو اضطراب التحدي والمعارضة بمقدار ثلاثة أضعاف. ضاعف الإهمال أو الاعتداء الجنسي فرصة الإصابة باضطراب القلق. ضاعف عدم التوافر النفسي للوالدين أو الاعتداء الجنسي من فرصة الإصابة باضطراب كرب ما بعد الصدمة لاحقًا. كانت فرصة تلقي تشخيصات متعددة ٥٤ في المائة للأطفال الذين عانوا الإهمال، و٦٠ في المائة للذين عانوا الاعتداء الجسدي، و٧٣ في المائة للذين عانوا الاعتداء الجنسي.

٢٠٧ كان هذا اقتباسًا يستند إلى عمل إيمي فيرنر، التي درست لمدة أربعين عامًا ٦٩٨ طفلًا ولدوا في جزيرة كاواي، وذلك بدءًا من عام ١٩٥٥. وأظهرت الدراسة أن معظم الأطفال الذين نشأوا في أسر غير مستقرة نشأوا وهم يعانون مشكلات بالجنوح، والصحة العقلية والجسدية، والاستقرار الأسري. ثلث الأطفال المعرضين لمخاطر عالية أظهروا مرونة وتطوروا إلى بالغين مراعين، ومؤهلين، وواثقين بأنفسهم. كانت عوامل الحماية ١. كونك طفلًا جذابًا، ٢. ارتباط قوي مع مقدم رعاية غير أحد الأبوين (مثل عمّة، أو جليسة أطفال، أو معلّم) والمشاركة القوية في الكنيسة أو المجموعات المجتمعية.

E. E. Werner and R. S. Smith, *Overcoming the Odds: High Risk Children from Birth to Adulthood* (Ithaca, NY, and London: Cornell University Press, 1992).

208 P. K. Trickett, J. G. Noll, and F. W. Putnam, "The Impact of Sexual Abuse on Female Development: Lessons from a Multigenerational, Longitudinal Research Study", *Development and Psychopathology* 23 (2011): 453-76.

يُنظر أيضًا:

J. G. Noll, P. K. Trickett, and F. W. Putnam, "A Prospective Investigation of the Impact of Childhood Sexual Abuse on the Development of Sexuality", *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 71 (2003): 575-86; P. K. Trickett, C. McBride-Chang, and F. W. Putnam, "The Classroom Performance and Behavior of Sexually Abused Females", *Development and Psychopathology* 6 (1994): 183-94; P. K. Trickett and F. W. Putnam, *Sexual Abuse of Females: Effects in Childhood* (Washington: National

Institute of Mental Health, 1990-1993); F. W. Putnam and P. K. Trickett, *The Psychobiological Effects of Child Sexual Abuse* (New York: W. T. Grant Foundation, 1987).

٢٠٩ في الدراسات الثلاث والستين حول اضطراب تنظيم المزاج المضطرب، لم يسأل أحد أي شيء عن التعلُّق، أو اضطراب كرب ما بعد الصدمة، أو الصدمة، أو إساءة معاملة الأطفال، أو الإهمال. تُستخدم كلمة «سوء المعاملة» في تمرير مادة واحدة فقط من المواد الثلاث والستين. لا يوجد شيء بخصوص الأبوة والأمومة، أو ديناميات الأسرة، أو العلاج الأسري.

٢١٠ في الملحق الموجود في الجزء الخلفي من «الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية»، يمكنك العثور على ما يسمَّى بـ«شيفرات V»، وهي تسميات تشخيصية ليست لها مكانة رسمية وغير مؤهَّلة لاسترداد تكاليف التأمين. هناك سترى قوائم لإساءة معاملة الأطفال، وإهمال الطفولة، والاعتداء الجسدي على الأطفال، والاعتداء الجنسي على الأطفال.

211 Ibid., p 121.

٢١٢ في وقت كتابة هذا الكتاب، كانت الطبعة الخامسة من الدليل تحتل رقم سبعة ضمن قائمة أفضل الكتب مبيعًا على موقع «أمازون». حصلت «الجمعية الأمريكية للطب النفسي» على ١٠٠ مليون دولار من الإصدار السابق من الدليل. ويُشكِّل نشر الدليل، مع مساهمات من صناعة الأدوية ورسوم العضوية، المصدر الرئيسي لدخل الجمعية.

213 Gary Greenberg, *The Book of Woe: The DSM and the Unmaking of Psychiatry* (New York: Penguin, 2013), 239.

٢١٤ في رسالة مفتوحة إلى «الجمعية الأمريكية للطب النفسي»، اشتكى ديفيد إلكينس، رئيس أحد أقسام «الجمعية الأمريكية لعلم النفس»، من أن الطبعة الخامسة من الدليل مبنية على أدلة هشة، وإهمال للصحة العامة، ومفاهيم للاضطراب العقلي تجعل منه ظواهر طبية في المقام الأول. جذبت رسالته ما يقرب من خمسة آلاف توقيع. وأرسل رئيس «جمعية المشورة الأمريكية» خطابًا نيابةً عن ١١٥,٠٠٠ من أعضائها الذين يشترون الدليل إلى رئيس «الجمعية الأمريكية للطب النفسي»، واعترض أيضًا على جودة العلم الذي بنيت عليه الطبعة الخامسة من الدليل و«حث الجمعية على الإعلان عن عمل لجنة المراجعة العلمية التي عينتها لمراجعة التغييرات المقترحة، وكذلك السماح بتقييم جميع الأدلة والبيانات من قِبل مجموعات خبراء خارجية ومستقلة».

٢١٥ كان توماس إنسل قد أجرى سابقًا بحثًا عن هرمون التعلُّق «الأوكسيتوسين» عند الرئيسيات غير البشرية.

216 National Institute of Mental Health. "NIMH Research Domain Criteria

(RDoC)", http://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/nimh-research-domaincriteria-rdoc.shtml.

217 *The Development of the Person: The Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood* (New York: Guilford Press, 2005).

218 B. A. van der Kolk, "Developmental Trauma Disorder: Toward a Rational Diagnosis for Children with Complex Trauma Histories", *Psychiatric Annals* 35, no. 5 (2005): 401-8; W. D'Andrea, et al., "Understanding Interpersonal Trauma in Children: Why We Need a Developmentally Appropriate Trauma Diagnosis", *American Journal of Orthopsychiatry* 82 (2012): 187-200. J. D. Ford, et al., "Clinical Significance of a Proposed Developmental Trauma Disorder Diagnosis: Results of an International Survey of Clinicians", *Journal of Clinical Psychiatry* 74, no. 8 (2013): 841-49.

النتائج المحدَّثة من الدراسة الميدانية لاضطراب الصدمة التنموية متاحة على موقعنا:
www.traumacenter.org.

219 J. J. Heckman, "Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children", *Science* 312, no. 5782 (2006): 1900-2.

220 D. Olds, et al., "Long-Term Effects of Nurse Home Visitation on Children's Criminal and Antisocial Behavior: 15-Year Follow-up of a Randomized Controlled Trial", *JAMA* 280, no. 14 (1998): 1238-44.

يُنظر أيضًا:

J. Eckenrode, et al., "Preventing Child Abuse and Neglect with a Program of Nurse Home Visitation: The Limiting Effects of Domestic Violence", *JAMA* 284, no. 11 (2000): 1385-91; D. I. Lowell, et al., "A Randomized Controlled Trial of Child FIRST: A Comprehensive Home-Based Intervention Translating Research into Early Childhood Practice", *Child Development* 82, no. 1 (January/February 2011): 193-208; S. T. Harvey and J. E. Taylor, "A Meta-Analysis of the Effects of Psychotherapy with Sexually Abused Children and Adolescents", *Clinical Psychology Review* 30, no. 5 (July 2010): 517-35; J. E. Taylor and S. T. Harvey, "A Meta-Analysis of the Effects of Psychotherapy with Adults Sexually Abused in Childhood", *Clinical Psychology Review* 30, no. 6 (August 2010): 749-67; Olds, Henderson, Chamberlin & Tatelbaum, 1986; B. C. Stolbach, et al., "Complex Trauma Exposure and Symptoms in Urban Traumatized Children: A Preliminary Test of Proposed Criteria for Developmental Trauma Disorder", *Journal of Traumatic Stress* 26, no. 4 (August 2013): 483-91.

٢٢١ على عكس الاستشارات السريرية، التي تنطبق عليها خصوصية علاقة الطبيب بالمريض، فإن تقييمات الطب الشرعي هي وثائق عامة تجب مشاركتها مع المحامين، والمحاكم، وهيئات المحلفين. قبل إجراء تقييم الطب الشرعي أُبلغُ العملاء بذلك وأحذرهم من أنه لا يمكن الحفاظ على سرية أي شيء يخبرونني به.

222 K. A. Lee, et al., "A 50-Year Prospective Study of the Psychological Sequelae of World War II Combat", *American Journal of Psychiatry* 152, no. 4 (April 1995): 516-22.

223 J. L. McGaugh and M. L. Hertz, *Memory Consolidation* (San Fransisco: Albion Press, 1972); L. Cahill and J. L. McGaugh, "Mechanisms of Emotional Arousal and Lasting Declarative Memory", *Trends in Neurosciences* 21, no. 7 (1998): 294-99.

224 A. F. Arnsten, et al., "α-1 Noradrenergic Receptor Stimulation Impairs Prefrontal Cortical Cognitive Function", Biological Psychiatry 45, no. 1 (1999): 26-31. See also A. F. Arnsten, "Enhanced: The Biology of Being Frazzled", *Science* 280, no. 5370 (1998): 1711-12; S. Birnbaum, et al., "A Role for Norepinephrine in StressInduced Cognitive Deficits: α-1-adrenoceptor Mediation in the Prefrontal Cortex", *Biological Psychiatry* 46, no. 9 (1999): 1266-74.

225 Y. D. Van Der Werf, et al. "Special Issue: Contributions of Thalamic Nuclei to Declarative Memory Functioning", *Cortex* 39 (2003): 1047-62.

يُنظر أيضًا:

B. M. Elzinga and J. D. Bremner, "Are the Neural Substrates of Memory the Final Common Pathway in Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)?" *Journal of Affective Disorders* 70 (2002): 1-17; L. M. Shin, et al., "A Functional Magnetic Resonance Imaging Study of Amygdala and Medial Prefrontal Cortex Responses to Overtly Presented Fearful Faces in Posttraumatic Stress Disorder", *Archives of General Psychiatry* 62 (2005): 273-81; L. M. Williams, et al., "Trauma Modulates Amygdala and Medial Prefrontal Responses to Consciously Attended Fear", *Neuroimage* 29 (2006): 347-57; R. A. Lanius, et al., "Brain Activation During Script-Driven Imagery Induced Dissociative Responses in PTSD: A Functional Magnetic Resonance Imaging Investigation", *Biological Psychiatry* 52 (2002): 305-11; H. D Critchley, C. J. Mathias, and R. J. Dolan, "Fear Conditioning in Humans: The Influence of Awareness and Autonomic Arousal on Functional Neuroanatomy",

Neuron 33 (2002): 653- 63; M. Beauregard, J. Levesque, and P. Bourgouin, "Neural Correlates of Conscious Self-Regulation of Emotion", *Journal of Neuroscience* 21 (2001): RC165; K. N. Ochsner, et al., "For Better or for Worse: Neural Systems Supporting the Cognitive Down- and Up-Regulation of Negative Emotion", *NeuroImage* 23 (2004): 483-99; M. A. Morgan, L. M. Romanski, and J. E. LeDoux, et al., "Extinction of Emotional Learning: Contribution of Medial Prefrontal Cortex", *Neuroscience Letters* 163 (1993): 109-13; M. R. Milad and G. J. Quirk, "Neurons in Medial Prefrontal Cortex Signal Memory for Fear Extinction", *Nature* 420 (2002): 70-74; and J. Amat, et al., "Medial Prefrontal Cortex Determines How Stressor Controllability Affects Behavior and Dorsal Raphe Nucleus", *Nature Neuroscience* 8 (2005): 365-71.

226 B. A. van der Kolk and R. Fisler, "Dissociation and the Fragmentary Nature of Traumatic Memories: Overview and Exploratory Study", *Journal of Traumatic Stress* 8, no. 4 (1995): 505-25.

٢٢٧ الهستيريا كما تعرف في الـ«Free Dictionary»

http://www.thefreedictionary.com/hysteria.

228 A. Young, *The Harmony of Illusions: Inventing Post-traumatic Stress Disorder* (Princeton, NJ: Princeton University Press, 1997).

يُنظر أيضًا:

H. F. Ellenberger, *The Discovery of the Unconscious: The History and Evolution of Dynamic Psychiatry* (New York: Basic Books, 2008).

229 T. Ribot, *Diseases of Memory* (New York: Appleton, 1887), 108-9; Ellenberger, *Discovery of the Unconscious*.

230 J. Breuer and S. Freud, "The Physical Mechanisms of Hysterical Phenomena", in *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (London: Hogarth Press, 1893).

231 A. Young, *Harmony of Illusions*.

232 J. L. *Herman, Trauma and Recovery* (New York: Basic Books, 1997), 15.

233 A. Young, *Harmony of Illusions*.

يُنظر أيضًا:

J. M. Charcot, *Clinical Lectures on Certain Diseases of the Nervous System*, vol. 3 (London: New Sydenham Society, 1888).

234 http://en.wikipedia.org/wiki/File:Jean-Martin_Charcot_chronophotography.jpg

235 P. Janet, *L'Automatisme psychologique* (Paris: Félix Alcan, 1889).

٢٣٦ عرَّفني أونو فان دير هارت على عمل جانيت وربما كان أعظم باحث على قيد الحياة في عمله. وكان من حسن حظي أن أتعاون بشكل وثيق مع أونو في تلخيص أفكار جانيت الأساسية.

B. A. van der Kolk and O. van der Hart, "Pierre Janet and the Breakdown of Adaptation in Psychological Trauma", *American Journal of Psychiatry* 146 (1989): 1530-40; B. A. van der Kolk and O. van der Hart, "The Intrusive Past: The Flexibility of Memory and the Engraving of Trauma", *Imago* 48 (1991): 425-54.

237 P. Janet, "L'amnésie et la dissociation des souvenirs par l'emotion" [Amnesia and the dissociation of memories by emotions], *Journal de Psychologie* 1 (1904): 417-53.

238 P. Janet, *Psychological Healing* (New York: Macmillan, 1925), 660.

239 P. Janet, *L'Etat mental des hystériques*, 2nd ed. (Paris: Félix Alcan, 1911; repr. Marseille, France: Lafitte Reprints, 1983); P. Janet, *The Major Symptoms of Hysteria* (London and New York: Macmillan, 1907; repr. New York: Hafner, 1965); P. Janet, *L'evolution de la memoire et de la notion du temps* (Paris: A. Chahine, 1928).

240 J. L. Titchener, "Post-traumatic Decline: A Consequence of Unresolved Destructive Drives", *Trauma and Its Wake* 2 (1986): 5-19.

241 J. Breuer and S. Freud, "The Physical Mechanisms of Hysterical Phenomena".

242 S. Freud and J. Breuer, "The Etiology of Hysteria", in the *Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. 3, ed. J. Strachy (London: Hogarth Press, 1962): 189-221.

243 S. Freud, "Three Essays on the Theory of Sexuality", in the *Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. 7 (London: Hogarth Press, 1962): 190:

تُحدَّد إعادة ظهور النشاط الجنسي من خلال الأسباب الداخلية والاحتمالات الخارجية... يجب أن أتحدث الآن عن الأسباب الداخلية؛ تُعلَّق أهمية كبيرة ودائمة في هذه الفترة على الاحتمالات الخارجية العرضية [التوكيد لفرويد]. في المقدمة نجد آثار الإغواء، التي تعامل الطفل كشيء جنسي قبل الأوان وتعلمه، في ظروف عاطفية للغاية، كيفية الحصول على الإشباع من مناطق أعضائه التناسلية، وهو إشباع يضطر بعد ذلك إلى تكراره مرارًا عن طريق الاستمناء. قد ينشأ تأثير من هذا النوع إما من البالغين وإما من الأطفال الآخرين. لا أستطيع أن أعترف أنه في ورقتي البحثية حول «مسببات الهستيريا» (*1896c*) قد بالغت في تواتر أو أهمية هذا التأثير، على الرغم من أنني لم أكن أعرف حينها أن الأشخاص الذين ظلوا طبيعيين

ربما مروا بالتجارب نفسها في طفولتهم، وعلى الرغم من ذلك فقد بالغت بالتبعية في أهمية الإغواء مقارنةً بعوامل التكوين والنمو الجنسي. من الواضح أن الإغواء ليس مطلوبًا لإثارة الحياة الجنسية للطفل؛ يمكن أن يحدث هذا أيضًا بشكل عفوي من أسباب داخلية.

S. Freud "Introductory Lectures in Psycho-analysis in *Standard Edition* (1916), 370:

إن خيالات التعرُّض للإغراء لها أهمية خاصة، لأنها في كثير من الأحيان ليست خيالات ولكن ذكريات حقيقية.

244 S. Freud, *Inhibitions Symptoms and Anxiety* (1914), 150.

يُنظر أيضًا:

Strachey, *Standard Edition of the Complete Psychological Works*.

245 B. A. van der Kolk, *Psychological Trauma* (Washington, DC: American Psychiatric Press, 1986).

246 B. A. van der Kolk, "The Compulsion to Repeat the Trauma", *Psychiatric Clinics of North America* 12, no. 2 (1989): 389-411.

الفصل الثاني عشر: الثقل الذي لا يُحتمل للتذكر

247 A. Young, *The Harmony of Illusions: Inventing Post-traumatic Stress Disorder* (Princeton, NJ: Princeton University Press, 1997), 84.

248 F. W. Mott, "Special Discussion on Shell Shock Without Visible Signs of Injury", *Proceedings of the Royal Society of Medicine* 9 (1916): i-xliv.

يُنظر أيضًا:

C. S. Myers, "A Contribution to the Study of Shell Shock", *Lancet* 1 (1915): 316-20; T. W. Salmon, "The Care and Treatment of Mental Diseases and War Neuroses ('Shell Shock') in the British Army", *Mental Hygiene* 1 (1917): 509-47; and E. Jones and S. Wessely, *Shell Shock to PTSD: Military Psychiatry from 1900 to the Gulf* (Hove, UK: Psychology Press, 2005).

249 J. Keegan, *The First World War* (New York: Random House, 2011).

250 A. D. Macleod, "Shell Shock, Gordon Holmes and the Great War". *Journal of the Royal Society of Medicine* 97, no. 2 (2004): 86-89; M. Eckstein, *Rites of Spring: The Great War and the Birth of the Modern Age* (Boston: Houghton Mifflin, 1989).

251 Lord Southborough, *Report of the War Office Committee of Enquiry into "ShellShock"* (London: His Majesty's Stationery Office, 1922).

٢٥٢ كتبت بات باركر الحائزة على «جائزة بوكر» ثلاثية مؤثرة حول عمل الطبيب النفسي العسكري و. هـ. ر. ريفرز:

P. Barker, *Regeneration* (London: Penguin UK, 2008); P. Barker, *The Eye in the Door* (New York: Penguin, 1995); P. Barker, *The Ghost Road* (London: Penguin UK, 2008).

يمكن العثور على مزيد من المناقشات حول تداعيات الحرب العالمية الأولى في:

A. Young, *Harmony of Illusions and B. Shephard, A War of Nerves, Soldiers and Psychiatrists 1914-1994* (London: Jonathan Cape, 2000).

253 J. H. Bartlett, *The Bonus March and the New Deal* (1937); R. Daniels, *The Bonus March: An Episode of the Great Depression* (1971).

254 E. M. Remarque, *All Quiet on the Western Front*, trans. A. W. Wheen (London: GP Putnam's Sons, 1929).

255 Ibid., pp. 192-93.

٢٥٦ للاطلاع على تسجيل لهذه الأحداث:

http://motlc.wiesenthal.com/site/pp.asp?c=gvKVLcMVIuG&b=395007.

257 C. S. Myers, *Shell Shock in France 1914-1918* (Cambridge UK: Cambridge University Press, 1940).

258 A. Kardiner, *The Traumatic Neuroses of War* (New York: Hoeber, 1941).

259 http://en.wikipedia.org/wiki/Let_There_Be_Light_(film).

260 G. Greer and J. Oxenbould, *Daddy, We Hardly Knew You* (London: Penguin, 1990).

261 A. Kardiner and H. Spiegel, *War Stress and Neurotic Illness* (Oxford, UK: Hoeber, 1947).

262 D. J. Henderson, "Incest", in *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 2nd ed., eds. A. M. Freedman and H. I. Kaplan (Baltimore: Williams & Wilkins, 1974), 1536.

263 W. Sargent and E. Slater, "Acute War Neuroses", *The Lancet* 236, no. 6097 (1940): 1-2.

يُنظر أيضًا:

G. Debenham, et al., "Treatment of War Neurosis", *The Lancet* 237, no. 6126 (1941): 107-9; and W. Sargent and E. Slater, "Amnesic Syndromes in War", *Proceedings of the Royal Society of Medicine (Section of Psychiatry)* 34, no. 12 (October 1941): 757-64.

٢٦٤ كل دراسة علمية مفردة لذاكرة الإيذاء الجنسي في الطفولة، سواء كانت مستقبلية أو بأثر رجعي، سواء كانت تدرس عينات سريرية أو عينات سكانية عامة، وجدت أن نسبة معينة من الأفراد الذين تعرضوا للإيذاء الجنسي ينسون، ويتذكرون لاحقًا، إساءة معاملتهم. يُنظر، على سبيل المثال:

B. A. van der Kolk and R. Fisler, "Dissociation and the Fragmentary

Nature of Traumatic Memories: Overview and Exploratory Study", *Journal of Traumatic Stress* 8 (1995): 505-25; J. W. Hopper and B. A. van der Kolk, "Retrieving, Assessing, and Classifying Traumatic Memories: A Preliminary Report on Three Case Studies of a New Standardized Method", *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma* 4 (2001): 33-71; J. J. Freyd and A. P. DePrince, eds., *Trauma and Cognitive Science* (Binghamton, NY: Haworth Press, 2001), 33- 71; A. P. DePrince and J. J. Freyd, "The Meeting of Trauma and Cognitive Science: Facing Challenges and Creating Opportunities at the Crossroads", *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma* 4, no. 2 (2001): 1-8; D. Brown, A. W. Scheflin, and D. Corydon Hammond, Memory, *Trauma Treatment and the Law* (New York: Norton, 1997); K. Pope and L. Brown, *Recovered Memories of Abuse: Assessment, Therapy, Forensics* (Washington, DC: American Psychological Association, 1996); and L. Terr, *Unchained Memories: True Stories of Traumatic Memories, Lost and Found* (New York: Basic Books, 1994).

265 E. F. Loftus, S. Polonsky, and M. T. Fullilove, "Memories of Childhood Sexual Abuse: Remembering and Repressing", *Psychology of Women Quarterly* 18, no. 1 (1994): 67-84. L. M. Williams, "Recall of Childhood Trauma: A Prospective Study of Women's Memories of Child Sexual Abuse", *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62, no. 6 (1994): 1167-76.

266 L. M. Williams, "Recall of Childhood Trauma".

267 L. M. Williams, "Recovered Memories of Abuse in Women with Documented Child Sexual Victimization Histories", *Journal of Traumatic Stress* 8, no. 4 (1995): 649-73.

٢٦٨ يقول عالم الأعصاب البارز جاك بانكسيب في كتابه الأخير: «لقد أظهر العمل قبل السريري الوفير مع النماذج الحيوانية الآن أن الذكريات التي تُسترد تميل إلى العودة إلى بنوك ذاكرتها مع بعض التعديلات».

J. Panksepp and L. Biven, *The Archaeology of Mind: Neuroevolutionary Origins of Human Emotions, Norton Series on Interpersonal Neurobiology* (New York: W. W. Norton, 2012).

269 E. F. Loftus, "The Reality of Repressed Memories", *American Psychologist* 48, no. 5 (1993): 518-37.

يُنظر أيضًا:

E. F. Loftus and K. Ketcham, *The Myth of Repressed Memory: False Memories and Allegations of Sexual Abuse* (New York: Macmillan, 1996).

270 J. F. Kihlstrom, "The Cognitive Unconscious", *Science* 237, no. 4821 (1987): 1445-52.

271 E. F. Loftus, "Planting Misinformation in the Human Mind: A 30-Year Investigation of the Malleability of Memory", *Learning & Memory* 12, no. 4 (2005): 361-66.

272 B. A. van der Kolk and R. Fisler, "Dissociation and the Fragmentary Nature of Traumatic Memories: Overview and Exploratory Study", *Journal of Traumatic Stress* 8, no. 4 (1995): 505-25.

٢٧٣ سوف نستكشف هذا الأمر بمزيد من التفصيل في الفصل الرابع عشر.

274 L. L. Langer, *Holocaust Testimonies: The Ruins of Memory* (New Haven, CT: Yale University Press, 1991).

275 Ibid., p.5.

276 L. L. Langer, op cit., p. 21.

277 L. L. Langer, op cit., p. 34.

278 J. Osterman and B. A. van der Kolk, "Awareness During Anaesthesia and Posttraumatic Stress Disorder", *General Hospital Psychiatry* 20 (1998): 274-81.

يُنظر أيضًا:

K. Kiviniemi, "Conscious Awareness and Memory During General Anesthesia", *Journal of the American Association of Nurse Anesthetists* 62 (1994): 441-49; A. D. Macleod and E. Maycock, "Awareness During Anaesthesia and Post Traumatic Stress Disorder", *Anaesthesia and Intensive Care* 20, no. 3 (1992) 378-82; F. Guerra, "Awareness and Recall: Neurological and Psychological Complications of Surgery and Anesthesia", in *International Anesthesiology Clinics*, vol. 24. ed. B. T. Hindman (Boston: Little, Brown, 1986), 75-99; J. Eldor and D. Z. N. Frankel, "Intraanesthetic Awareness", *Resuscitation* 21 (1991): 113-19; J. L. Breckenridge and A. R. Aitkenhead, "Awareness During Anaesthesia: A Review", *Annals of the Royal College of Surgeons of England* 65, no. 2 (1983), 93.

الفصل الثالث عشر: الشفاء من الصدمة: امتلاك نفسك

٢٧٩ «القيادة الذاتية» هي المصطلح الذي استخدمه ديك شوارتز في علاج «أنظمة الأسرة الداخلية»، وهو موضوع الفصل السابع عشر.

٢٨٠ الاستثناءات هي أعمال بيسو وشوارتز، المفصلة في الفصلين السابع عشر والثامن عشر، التي أمارسها، والتي استفدت منها شخصيًّا، لكنني لم أدرسها علميًّا ـ على الأقل حتى الآن.

281 A. F. Arnsten, "Enhanced: The Biology of Being Frazzled", *Science* 280, no.

5370 (1998): 1711-12; A. Arnsten, "Stress Signalling Pathways That Impair Prefrontal Cortex Structure and Function", *Nature Reviews Neuroscience* 10, no. 6 (2009): 410-22.

282 D. J. Siegel, *The Mindful Therapist: A Clinician's Guide to Mindsight and Neural Integration* (New York: W. W. Norton, 2010).

283 J. E. LeDoux, "Emotion Circuits in the Brain", *Annual Review of Neuroscience* 23, no. 1 (2000): 155-84.

يُنظر أيضًا:

M. A. Morgan, L. M. Romanski, and J. E. LeDoux, "Extinction of Emotional Learning: Contribution of Medial Prefrontal Cortex", *Neuroscience Letters* 163, no. 1 (1993): 109-13; and J. M. Moscarello and J. E. LeDoux, "Active Avoidance Learning Requires Prefrontal Suppression of Amygdala-Mediated Defensive Reactions", *Journal of Neuroscience* 33, no. 9 (2013): 3815-23.

284 S. W. Porges, "Stress and Parasympathetic Control", *Stress Science: Neuroendocrinology* 306 (2010).

يُنظر أيضًا:

S. W. Porges, "Reciprocal Influences Between Body and Brain in the Perception and Expression of Affect", in *The Healing Power of Emotion: Affective Neuroscience, Development & Clinical Practice, Norton Series on Interpersonal Neurobiology* (New York: W. W. Norton, 2009), 27.

285 B. A. van der Kolk, et al., "Yoga as an Adjunctive Treatment for PTSD", *Journal of Clinical Psychiatry* 75, no. 6 (June 2014): 559-65.

286 Sebern F. Fisher, *Neurofeedback in the Treatment of Developmental Trauma: Calming the Fear-Driven Brain* (New York: W. W. Norton & Company, 2014).

287 R. P. Brown and P. L. Gerbarg, "Sudarshan Kriya Yogic Breathing in the Treatment of Stress, Anxiety, and Depression—Part II: Clinical Applications and Guidelines", *Journal of Alternative & Complementary Medicine* 11, no. 4 (2005): 711-17.

يُنظر أيضًا:

C. L. Mandle, et al., "The Efficacy of Relaxation Response Interventions with Adult Patients: A Review of the Literature", *Journal of Cardiovascular Nursing* 10 (1996): 4-26; and M. Nakao, et al., "Anxiety Is a Good Indicator for Somatic Symptom Reduction Through Behavioral Medicine Intervention in a Mind/Body Medicine Clinic", *Psychotherapy and Psychosomatics* 70 (2001): 50-57.

288 C. Hannaford, Smart Moves: *Why Learning Is Not All in Your Head* (Arlington, VA: Great Ocean Publishers, 1995), 22207-3746.

289 J. Kabat-Zinn, *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness* (New York: Bantam Books, 2013).

يُنظر أيضًا:

D. Fosha, D. J. Siegel, and M. Solomon, eds., *The Healing Power of Emotion: Affective Neuroscience, Development & Clinical Practice, Norton Series on Interpersonal Neurobiology* (New York: W. W. Norton, 2011); and B. A. van der Kolk, "Posttraumatic Therapy in the Age of Neuroscience", *Psychoanalytic Dialogues* 12, no. 3 (2002): 381-92.

٢٩٠ كما رأينا في الفصل الخامس، تُظهِر عمليات مسح الدماغ للأشخاص الذين يعانون اضطراب كرب ما بعد الصدمة تنشيطًا متغيرًا في المناطق المرتبطة بالشبكة الافتراضية، التي تشارك في ذاكرة السيرة الذاتية والشعور المستمر بالذات.

291 P. A. Levine, *In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma and Restores Goodness* (Berkeley, CA: North Atlantic, 2010).

292 P. Ogden, *Trauma and the Body* (New York: Norton, 2009).

يُنظر أيضًا:

A. Y. Shalev, "Measuring Outcome in Posttraumatic Stress Disorder", *Journal of Clinical Psychiatry* 61, supp. 5 (2000): 33-42.

293 I. Kabat-Zinn, *Full Catastrophe Living*. p. xx.

294 S. G. Hofmann, et al., "The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Anxiety and Depression: A Meta-Analytic Review", *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 78, no. 2 (2010): 169-83; J. D. Teasdale, et al., "Prevention of Relapse/Recurrence in Major Depression by Mindfulness-Based Cognitive Therapy", *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68 (2000): 615-23.

يُنظر أيضًا:

Britta K. Hölzel, et al., "How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action from a Conceptual and Neural Perspective", *Perspectives on Psychological Science* 6, no. 6 (2011): 537-59; and P. Grossman, et al., "Mindfulness-Based Stress Reduction and Health Benefits: A Meta-Analysis", *Journal of Psychosomatic Research* 57, no. 1 (2004): 35-43.

٢٩٥ دوائر الدماغ المشاركة في التأمل القائم على اليقظة العقلية ترسَّخت جيدًا، وهي تحسن تنظيم الانتباه ولها تأثير إيجابي في تداخل ردود الفعل العاطفية مع مهام أداء الانتباه. يُنظر:

L. E. Carlson, et al., "One Year Pre-Post Intervention Follow-up of Psychological, Immune, Endocrine and Blood Pressure Outcomes of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) in Breast and Prostate Cancer Outpatients", *Brain, Behavior, and Immunity* 21, no. 8 (2007): 1038-49; and R. J. Davidson, et al., "Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation", *Psychosomatic Medicine* 65, no. 4 (2003): 564-70.

٢٩٦ أجرت بريتا هولزل وزملاؤها بحثًا مكثفًا حول التأمل وعمل الدماغ وأظهروا أنه يتضمن قشرة الفص الجبهي الظهرية، وقشرة الفص الجبهي الباطنية، والحزامية الأمامية المنقارية. يُنظر:

e B. K. Hölzel, et al., "Stress Reduction Correlates with Structural Changes in the Amygdala", *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 5 (2010): 11-17; B. K. Hölzel, et al., "Mindfulness Practice Leads to Increases in Regional Brain Gray Matter Density", *Psychiatry Research* 191, no. 1 (2011): 36-43; B. K. Hölzel, et al., "Investigation of Mindfulness Meditation Practitioners with Voxel-Based Morphometry", *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 3, no. 1 (2008): 55-61; and B. K. Hölzel, et al., "Differential Engagement of Anterior Cingulate and Adjacent Medial Frontal Cortex in Adept Meditators and Non-meditators", *Neuroscience Letters* 421, no. 1 (2007): 16-21.

٢٩٧ البنية الرئيسية للدماغ التي تشارك في الوعي الجسماني هي الفص الأمامي. يُنظر:

A. D. Craig, "Interoception: The Sense of the Physiological Condition of the Body", *Current Opinion on Neurobiology* 13 (2003): 500-5; Critchley, Wiens, Rotshtein, Ohman, and Dolan, 2004; N. A. S. Farb, Z. V. Segal, H. Mayberg, J. Bean, D. McKeon, Z. Fatima, et al., "Attending to the Present: Mindfulness Meditation Reveals Distinct Neural Modes of Self-Reference", *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 2 (2007): 313-22.; J. A. Grant, J. Courtemanche, E. G. Duerden, G. H. Duncan, and P. Rainville, "Cortical Thickness and Pain Sensitivity in Zen Meditators", *Emotion* 10, no. 1 (2010): 43-53.

298 S. J. Banks, et al., "Amygdala-Frontal Connectivity During Emotion-Regulation", *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 2, no. 4 (2007): 303-12.

يُنظر أيضًا:

M. R. Milad, et al., "Thickness of Ventromedial Prefrontal Cortex in Humans Is Correlated with Extinction Memory", *Proceedings of the*

National Academy of Sciences of the United States of America 102, no. 30 (2005): 10706-11; and S. L. Rauch, L. M. Shin, and E. A. Phelps, "Neurocircuitry Models of Posttraumatic Stress Disorder and Extinction: Human Neuroimaging Research — Past, Present, and Future", *Biological Psychiatry* 60, no. 4 (2006): 376-82.

299 A. Freud and D. T. Burlingham, *War and Children* (New York: New York University Press, 1943).

٣٠٠ هناك ثلاث طرق مختلفة يتعامل بها الناس مع التجارب الجارفة: الانفصال (المباعدة، الإغلاق)، ومسخ الشخصية (الشعور بأنه ليس أنت من يحدث له هذا)، ومسخ الواقع (الشعور بأن ما يحدث ليس حقيقيًا).

٣٠١ أنشأ زملائي في «معهد موارد العدالة» برنامجًا علاجيًا سكنيًا للمراهقين، «مركز فان دير كولك» في «أكاديمية جلينهافن»، والذي ينفذ عديدًا من العلاجات الواعية بالصدمات التي ناقشتها في هذا الكتاب، بما في ذلك «اليوجا» ، والتكامل الحسي، والارتجاع العصبي، والمسرح.

http://www.jri.org/vanderkolk/about.

طُور نموذج العلاج الشامل، «التعلق، والتنظيم الذاتي، والكفاءة» من قِبل زميلتَي مارجريت بلوستين وكريستين كينيرج.

Margaret E. Blaustein, and Kristine M. Kinniburgh, *Treating Traumatic Stress in Children and Adolescents: How to Foster Resilience Through Attachment, Self-Regulation, and Competency* (New York: Guilford Press, 2012).

302 C. K. Chandler, *Animal Assisted Therapy in Counseling* (New York: Routledge, 2011).

يُنظر أيضًا:

A. J. Cleveland, "Therapy Dogs and the Dissociative Patient: Preliminary Observations", *Dissociation* 8, no. 4 (1995): 247-52; and A. Fine, *Handbook on Animal Assisted Therapy: Theoretical Foundations and Guidelines for Practice* (San Diego: Academic Press, 2010).

303 E. Warner, et al., "Can the Body Change the Score? Application of Sensory Modulation Principles in the Treatment of Traumatized Adolescents in Residential Settings", *Journal of Family Violence* 28, no. 7 (2013): 729-38.

يُنظر أيضًا:

A. J. Ayres, *Sensory Integration and Learning Disorders* (Los Angeles: Western Psychological Services, 1972); H. Hodgdon, et al., "Development

and Implementation of TraumaInformed Programming in Residential Schools Using the ARC Framework", *Journal of Family Violence* 27, no. 8 (2013); J. LeBel, et al., "Integrating Sensory and Trauma-Informed Interventions: A Massachusetts State Initiative, Part 1", *Mental Health Special Interest Section Quarterly* 33, no. 1 (2010): 1-4.

٣٠٤ يبدو أنهم قاموا بتنشيط نظام الدهليز المخيخي في الدماغ، والذي يبدو أنه يشارك في التنظيم الذاتي، ويمكن أن يتضرر من الإهمال المبكر.

305 Aaron R. Lyon and Karen S. Budd, "A Community Mental Health Implementation of Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)". *Journal of Child and Family Studies* 19, no. 5 (2010): 654-68.

يُنظر أيضًا:

Anthony J. Urquiza and Cheryl Bodiford McNeil, "Parent-Child Interaction Therapy: An Intensive Dyadic Intervention for Physically Abusive Families", *Child Maltreatment* 1, no. 2 (1996): 134-44; J. Borrego Jr., et al. "Research Publications", *Child and Family Behavior Therapy* 20: 27-54.

306 B. A. van der Kolk, et al., "Fluoxetine in Post Traumatic Stress", *Journal of Clinical Psychiatry* (1994): 517-22.

307 P. Ogden, K. Minton, and C. Pain, *Trauma and the Body* (New York: Norton, 2010); P. Ogden and J. Fisher, *Sensorimotor Psychotherapy: Interventions for Trauma and Attachment* (New York: Norton, 2014).

308 P. Levine, *In an Unspoken Voice* (Berkeley, CA: North Atlantic Books); P. Levine, *Waking the Tiger* (Berkeley, CA: North Atlantic Books).

٣٠٩ للمزيد عن نموذج السرقة ذي التأثير، يُنظر:

http://modelmugging.org/.

310 S. Freud, *Remembering, Repeating, and Working Through* (Further Recommendations on the Technique of Psychoanalysis II), standard ed. (London: Hogarth Press, 1914), p. 371.

311 E. Santini, R. U. Muller, and G. J. Quirk, "Consolidation of Extinction Learning Involves Transfer from NMDA-Independent to NMDA-Dependent Memory", *Journal of Neuroscience* 21 (2001): 9009-17.

312 E. B. Foa and M. J. Kozak, "Emotional Processing of Fear: Exposure to Corrective Information", *Psychological Bulletin* 99, no. 1 (1986): 20-35.

313 C. R. Brewin, "Implications for Psychological Intervention", in *Neuropsychology of PTSD: Biological, Cognitive, and Clinical Perspectives*, ed. J. J. Vasterling and C. R. Brewin (New York: Guilford, 2005), 272.

314 T. M. Keane, "The Role of Exposure Therapy in the Psychological Treatment of PTSD", *National Center for PTSD Clinical Quarterly* 5, no. 4 (1995): 1-6.

315 E. B. Foa and R. J. McNally, "Mechanisms of Change in Exposure Therapy", in *Current Controversies in the Anxiety Disorders*, ed. R. M. Rapee (New York: Guilford, 1996), 329-43.

316 J. D. Ford and P. Kidd, "Early Childhood Trauma and Disorders of Extreme Stress as Predictors of Treatment Outcome with Chronic PTSD", *Journal of Traumatic Stress* 18 (1998): 743-61.

يُنظر أيضًا:

A. McDonagh-Coyle, et al., "Randomized Trial of Cognitive-Behavioral Therapy for Chronic Posttraumatic Stress Disorder in Adult Female Survivors of Childhood Sexual Abuse", *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 73, no. 3 (2005): 515-24; *Institute of Medicine of the National Academies, Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: An Assessment of the Evidence* (Washington, DC: National Academies Press, 2008); and R. Bradley, et al., "A Multidimensional Meta-Analysis of Psychotherapy for PTSD", *American Journal of Psychiatry* 162, no. 2 (2005): 214-27.

317 J. Bisson, et al., "Psychological Treatments for Chronic Posttraumatic Stress Disorder: Systematic Review and Meta-Analysis", *British Journal of Psychiatry* 190 (2007): 97-104.

يُنظر أيضًا:

L. H. Jaycox, E. B. Foa, and A. R. Morrall, "Influence of Emotional Engagement and Habituation on Exposure Therapy for PTSD", *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66 (1998): 185-92.

٣١٨ «المتسربون: في التعرض لفترات طويلة (العدد = ٥٣ [٣٨٪])؛ في العلاج الحالي (العدد = ٣٠ [٢١٪]) (النسبة = .٠٠٢). كان لدى المجموعة غير المضطربة أيضًا معدل مرتفع من الإصابات: حالتا وفاة غير انتحارية، و ٩ حالات علاج نفسي، و ٣ محاولات انتحار».

Schnurr, et al., "Cognitive Behavioral Therapy for Posttraumatic Stress Disorder in Women", *JAMA* 297, no. 8 (2007): 820-30.

319 R. Bradley, et al., "A Multidimensional Meta-Analysis of Psychotherapy for PTSD", American Journal of Psychiatry 162, no. 2 (2005): 214-27.

320 J. H. Jaycox and E. B. Foa, "Obstacles in Implementing Exposure Therapy for PTSD: Case Discussions and Practical Solutions", *Clinical Psychology and Psychotherapy* 3, no. 3 (1996): 176-84.

يُنظر أيضًا:
E. B. Foa, D. Hearst-Ikeda, and K. J. Perry, "Evaluation of a Brief Cognitive-Behavioral Program for the Prevention of Chronic PTSD in Recent Assault Victims", *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 63 (1995): 948-55.

٣٢١ تواصل شخصي مع ألكساندر ماكفارلين.

322 R. K. Pitman, et al., "Psychiatric Complications During Flooding Therapy for Posttraumatic Stress Disorder", *Journal of Clinical Psychiatry* 52, no. 1 (January 1991): 17-20.

323 Jean Decety, Kalina J. Michalska, and Katherine D. Kinzler, "The Contribution of Emotion and Cognition to Moral Sensitivity: A Neurodevelopmental Study", *Cerebral Cortex* 22, no. 1 (2012): 209-20; Jean Decety and C. Daniel Batson, "Neuroscience Approaches to Interpersonal Sensitivity", *Social Neuroscience*, 2, nos. 3-4 (2007).

324 K. H. Seal, et al., "VA Mental Health Services Utilization in Iraq and Afghanistan Veterans in the First Year of Receiving New Mental Health Diagnoses", *Journal of Traumatic Stress* 23 (2010): 5-16.

325 L. Jerome, "(+/-)-3,4-Methylenedioxymethamphetamine (MDMA, "Ecstasy") Investigator's Brochure", December 2007,

متاح على:
www.maps.org/research/mdma/protocol/ib_mdma_new08.pdf
(تم التصفح في ٦١ أغسطس ٢٠١٢).

326 John H. Krystal, et al., "Chronic 3, 4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA) use: effects on mood and neuropsychological function", *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 18.3 (1992): 331-341.

327 Michael C. Mithoefer, et al., "The Safety and Efficacy of ±3, 4-methylenedioxy methamphetamine-assisted Psychotherapy in Subjects with Chronic, Treatmentresistant Posttraumatic Stress Disorder: The First Randomized Controlled Pilot Study", *Journal of Psychopharmacology* 25.4 (2011): 439-52; M. C. Mithoefer, et al., "Durability of Improvement in Post-traumatic Stress Disorder Symptoms and Absence of Harmful Effects or Drug Dependency after 3,4- Methylenedioxy methamphetamine-Assisted Psychotherapy: A Prospective Long-Term Follow-up Study", *Journal of Psychopharmacology* 27, no. 1 (2013): 28-39.

328 J. D. Bremner, "Neurobiology of Post-traumatic Stress Disorder", in *Posttraumatic Stress Disorder: A Critical Review*, ed. R. S. Rynoos (Lutherville, MD: Sidran Press, 1994), 43-64.

329 http://cdn.nextgov.com/nextgov/interstitial.html?v=2.1.1&rf=http%3A%2F%2Fwww.nextgov.com%2Fhealth%2F2011%2F01%2Fmilitarys-drug-policy-threatens-troops-health-doctors-say%2F48321%2F.

330 J. R. T. Davidson, "Drug Therapy of Post-traumatic Stress Disorder", *British Journal of Psychiatry* 160 (1992): 309-14.

يُنظر أيضًا:

R. Famularo, R. Kinscherff, and T. Fenton, "Propranolol Treatment for Childhood Posttraumatic Stress Disorder Acute Type", *American Journal of Disorders of Childhood* 142 (1988): 1244-47; F. A. Fesler, "Valproate in Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder", *Journal of Clinical Psychiatry* 52 (1991): 361-64; B. H. Herman, et al., "Naltrexone Decreases Self-Injurious Behavior", *Annals of Neurology* 22 (1987): 530-34; and B. A. van der Kolk, et al., "Fluoxetine in Posttraumatic Stress Disorder".

331 B. Van der Kolk, et al., "A Randomized Clinical Trial of EMDR, Fluoxetine and Pill Placebo in the Treatment of PTSD: Treatment Effects and Long-Term Maintenance", Journal of Clinical Psychiatry 68 (2007): 37-46.

332 R. A. Bryant, et al., "Treating Acute Stress Disorder: An Evaluation of Cognitive Behavior Therapy and Supportive Counseling Techniques", *American Journal of Psychiatry* 156, no. 11 (November 1999): 1780-86; N. P. Roberts, et al., "Early Psychological Interventions to Treat Acute Traumatic Stress Symptoms", *Cochran Database of Systematic Reviews* 3 (March 2010).

٣٣٣ يشمل هذا «برازوسين»، وهو مضاد مستقبلات من فئة «ألفا ١»، و«كلونيدين»، وهو مضاد مستقبلات من فئة «ألفا ٢»، و«بروبرانولول»، وهو مضاد مستقبلات من فئة «بيتا».

M. J. Friedman and J. R. Davidson, "Pharmacotherapy for PTSD", in *Handbook of PTSD: Science and Practice*, ed. M. J. Friedman, T. M. Keane, and P. A. Resick (New York: Guilford Press, 2007), 376.

334 M. A. Raskind, et al., "A Parallel Group Placebo Controlled Study of Prazosin for Trauma Nightmares and Sleep Disturbance in Combat Veterans with Posttraumatic Stress Disorder", *Biological Psychiatry* 61, no. 8 (2007): 928-34; F. B. Taylor, et al., "Prazosin Effects on Objective Sleep Measures and Clinical Symptoms in Civilian Trauma Posttraumatic Stress Disorder: A Placebo-Controlled Study", *Biological Psychiatry* 63, no. 6 (2008): 629-32.

٣٣٥ قد يساعد «الليثيوم»، و«اللاموتريجين»، و«الكاربامازيبين»، و«الديفالبروكس»، و«الجابابنتين»، و«التوبيراميت» في السيطرة على العدوانية والتهيج المرتبطين

بالصدمة. وأثبت «الفالبروات» فعاليته في العديد من تقارير الحالات المصابة باضطراب كرب ما بعد الصدمة، بما في ذلك المرضى من قدامى العسكريين المصابين باضطراب كرب ما بعد الصدمة المزمن.

Friedman and Davidson, "Pharmacotherapy for PTSD"; F. A. Fesler, "Valproate in Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder", *Journal of Clinical Psychiatry* 52, no. 9 (1991): 361-64.

أظهرت الدراسة التالية انخفاضًا بنسبة ٣٧,٤ في المائة في اضطراب كرب ما بعد الصدمة:

S. Akuchekian and S. Amanat, "The Comparison of Topiramate and Placebo in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized, Double-Blind Study", *Journal of Research in Medical Sciences* 9, no. 5 (2004): 240-44.

336 G. Bartzokis, et al., "Adjunctive Risperidone in the Treatment of Chronic CombatRelated Posttraumatic Stress Disorder", *Biological Psychiatry* 57, no. 5 (2005): 474- 79.

يُنظر:

D. B. Reich, et al., "A Preliminary Study of Risperidone in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder Related to Childhood Abuse in Women", *Journal of Clinical Psychiatry* 65, no. 12 (2004): 1601-6.

٧٣٣ تشمل الطرق الأخرى التدخلات التي عادةً ما تساعد الأفراد المصابين بصدمات على النوم، مثل مضاد الاكتئاب «ترازودون»، وتطبيقات الضرب بكلتا الأذنين، وآلات الضوء/ الصوت مثل «بروتيوس» (Proteus) (www.brainmachines.com)، وأجهزة مراقبة معدل التغير في ضربات القلب مثل «هيثمات» (hearthmath) (www.heartmath.com)،و«آي ريست» (iRest)، وهو تدخل فعَّال قائم على اليوجا (www.irest.us).

338 D. Wilson, "Child's Ordeal Shows Risks of Psychosis Drugs for Young", *New York Times*, September 1, 2010,

متاح على:

http://www.nytimes.com/2010/09/02/busi ness/02kids.html?pagewanted=all&_r=0.

339 M. Olfson, et al., "National Trends in the Office-Based Treatment of Children, Adolescents, and Adults with Antipsychotics", *Archives of General Psychiatry* 69, no. 12 (2012): 1247-56.

340 E. Harris, et al., "Perspectives on Systems of Care: Concurrent Mental Health Therapy Among Medicaid-Enrolled Youths Starting Antipsychotic Medications", *FOCUS* 10, no. 3 (2012): 401-7.

341 B. A. van der Kolk, "The Body Keeps the Score: Memory and the Evolving Psychobiology of Posttraumatic Stress", *Harvard Review of Psychiatry* 1, no. 5 (1994): 253-65.

342 B. Brewin, "Mental Illness Is the Leading Cause of Hospitalization for Active-Duty Troops", Nextgov.com, May 17, 2012, http://www.nextgov.com/health/2012/05/mental-illness-leading-cause-hospitalization-active-duty-troops/55797/.

٣٤٣ نفقات أدوية الصحة النفسية، وزارة شؤون قدامى المحاربين.

http://www.veterans.senate.gov/imo/media/doc/For%20the%20Record%20-%20CCHR% 204.30.14.pdf.

الفصل الرابع عشر، اللغة: معجزة وطغيان

344 Dr. Spencer Eth to Bessel A. van der Kolk, March 2002.

345 J. Breuer and S. Freud, "The Physical Mechanisms of Hysterical Phenomena", in *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (London: Hogarth Press, 1893). J. Breuer and S. Freud, *Studies on Hysteria* (New York: Basic Books, 2009).

346 T. E. Lawrence, *Seven Pillars of Wisdom* (New York: Doubleday, 1935).

347 E. B. Foa, et al., "The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and Validation", *Psychological Assessment* 11, no. 3 (1999): 303-14.

348 K. Marlantes, *What It Is Like to Go to War* (New York: Grove Press, 2011).

349 Ibid., 114.

350 Ibid., 129.

351 H. Keller, *The World I Live In* (1908), ed. R. Shattuck (New York: NYRB Classics, 2004).

يُنظر أيضًا:

R. Shattuck, "A World of Words", *New York Review of Books*, February 26, 2004.

352 H. Keller, *The Story of My Life*, ed. R. Shattuck and D. Herrmann (New York: Norton, 2003).

353 W. M. Kelley, et al.. "Finding the Self? An Event-Related fMRI Study", *Journal of Cognitive Neuroscience* 14, no. 5 (2002): 785-94.

يُنظر أيضًا:

N. A. Farb, et al., "Attending to the Present: Mindfulness Meditation Reveals Distinct Neural Modes of SelfReference", *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 2, no. 4 (2007): 313-22. P. M. Niedenthal, "Embodying Emotion", *Science* 316, no. 5827 (2007): 1002-5; and J. M. Allman, "The

Anterior Cingulate Cortex", *Annals of the New York Academy of Sciences* 935, no. 1 (2001): 107-17.

354 J. Kagan, dialogue with the Dalai Lama, Massachusetts Institute of Technology, 2006. http://www.mindandlife.org/about/history/.

355 A. Goldman and F. de Vignemont, "Is Social Cognition Embodied?" *Trends in Cognitive Sciences* 13, no. 4 (2009): 154-59.

يُنظر أيضًا:

A. D. Craig, "How Do You Feel— Now? The Anterior Insula and Human Awareness", *Nature Reviews Neuroscience* 10 (2009): 59-70; H. D. Critchley, "Neural Mechanisms of Autonomic, Affective, and Cognitive Integration", *Journal of Comparative Neurology* 493, no. 1 (2005): 154-66; T. D. Wager, et al., "Prefrontal-Subcortical Pathways Mediating Successful Emotion Regulation", Neuron 59, no. 6 (2008): 1037-50; K. N. Ochsner, et al., "Rethinking Feelings: An fMRI Study of the Cognitive Regulation of Emotion", *Journal of Cognitive Neuroscience* 14, no. 8 (2002): 1215-29; A. D'Argembeau, et al., "Self-Reflection Across Time: Cortical Midline Structures Differentiate Between Present and Past Selves", *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 3, no. 3 (2008): 244-52; Y. Ma, et al., "Sociocultural Patterning of Neural Activity During Self-Reflection", *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 9, no. 1 (2014): 73-80; R. N. Spreng, R. A. Mar, and A. S. Kim, "The Common Neural Basis of Autobiographical Memory, Prospection, Navigation, Theory of Mind, and the Default Mode: A Quantitative Meta-Analysis", *Journal of Cognitive Neuroscience* 21, no. 3 (2009): 489-510; H. D. Critchley, "The Human Cortex Responds to an Interoceptive Challenge", *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 101, no. 17 (2004): 6333-34; and C. Lamm, C. D. Batson, and J. Decety, "The Neural Substrate of Human Empathy: Effects of Perspective-Taking and Cognitive Appraisal", *Journal of Cognitive Neuroscience* 19, no. 1 (2007): 42-58.

356 J. W. Pennebaker, *Opening Up: The Healing Power of Expressing Emotions* (New York: Guilford Press, 2012), 12.

357 Ibid., p. 19.

358 Ibid., p.35.

359 Ibid., p. 50.

360 J. W. Pennebaker, J. K. Kiecolt-Glaser, and R. Glaser, "Disclosure of

Traumas and Immune Function: Health Implications for Psychotherapy", *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56, no. 2 (1988): 239-45.

361 D.A. Harris, "Dance/Movement Therapy Approaches to Fostering Resilience and Recovery Among African Adolescent Torture Survivors", *Torture* 17, no. 2 (2007): 134-55; M. Bensimon, D. Amir, and Y. Wolf, "Drumming Through Trauma: Music Therapy with Post-traumatic Soldiers", *Arts in Psychotherapy* 35, no. 1 (2008): 34- 48; M. Weltman, "Movement Therapy with Children Who Have Been Sexually Abused", *American Journal of Dance Therapy* 9, no. 1 (1986): 47-66; H. Englund, "Death, Trauma and Ritual: Mozambican Refugees in Malawi", *Social Science & Medicine* 46, no. 9 (1998): 1165-74; H. Tefferi, *Building on Traditional Strengths: The Unaccompanied Refugee Children from South Sudan* (1996); D. Tolfree, *Restoring Playfulness: Different Approaches to Assisting Children Who Are Psychologically Affected by War or Displacement* (Stockholm: Rädda Barnen, 1996), 158- 73; N. Boothby, "Mobilizing Communities to Meet the Psychosocial Needs of Children in War and Refugee Crises", in *Minefields in Their Hearts: The Mental Health of Children in War and Communal Violence, ed. R. Apfel and B. Simon* (New Haven, CT: Yale University Press, 1996), 149-64; S. Sandel, S. Chaiklin, and A. Lohn, *Foundations of Dance/ Movement Therapy: The Life and Work of Marian Chace* (Columbia, MD: American Dance Therapy Association, 1993); K. Callaghan, "Movement Psychotherapy with Adult Survivors of Political Torture and Organized Violence", *Arts in Psychotherapy* 20, no. 5 (1993): 411-21; A. E. L. Gray, "The Body Remembers: Dance Movement Therapy with an Adult Survivor of Torture", *American Journal of Dance Therapy* 23, no. 1 (2001): 29-43.

362 A. M. Krantz, and J. W. Pennebaker, "Expressive Dance, Writing, Trauma, and Health: When Words Have a Body", *Whole Person Healthcare* 3 (2007): 201-29.

363 P. Fussell, *The Great War and Modern Memory* (London: Oxford University Press, 1975).

٣٦٤ كُرِّرت هذه النتائج في الدراسات التالية:

J. D. Bremner, "Does Stress Damage the Brain?" *Biological Psychiatry* 45, no. 7 (1999): 797-805; I. Liberzon, et al., "Brain Activation in PTSD in Response to Trauma-Related Stimuli", *Biological Psychiatry* 45, no. 7 (1999): 817-26; L. M. Shin, et al., "Visual Imagery and Perception in Posttraumatic Stress Disorder: A Positron Emission Tomographic

Investigation", *Archives of General Psychiatry* 54, no. 3 (1997): 233-41; L. M. Shin, et al., "Regional Cerebral Blood Flow During Script-Driven Imagery in Childhood Sexual Abuse-Related PTSD: A PET Investigation", *American Journal of Psychiatry* 156, no. 4 (1999): 575-84.

٣٦٥ لست متأكدًا إن كان هذا المصطلح من ابتكاري أم من ابتكار بيتر ليفين. لديَّ مقطع فيديو ينسب إليَّ الفضل فيه بشأن ذلك، لكن معظم ما تعلمته عن التأرجح تعلمته منه.

٣٦٦ تقدم مجموعة صغيرة من الأدلة الدعم للادعاءات القائلة إن التعرض/ النقر على نقاط معينة في اليد يؤدي إلى نتائج أقوى واستراتيجيات التعرض التي تتضمن تقنيات الاسترخاء التقليدية. (www.vetcases.com).

D. Church, et al., "Single-Session Reduction of the Intensity of Traumatic Memories in Abused Adolescents After EFT: A Randomized Controlled Pilot Study", *Traumatology* 18, no. 3 (2012): 73-79; and D. Feinstein and D. Church, "Modulating Gene Expression Through Psychotherapy: The Contribution of Noninvasive Somatic Interventions", *Review of General Psychology* 14, no. 4 (2010): 283-95.

367 T. Gil, et al., "Cognitive Functioning in Post-traumatic Stress Disorder", *Journal of Traumatic Stress* 3, no. 1 (1990): 29-45; J. J. Vasterling, et al., "Attention, Learning, and Memory Performances and Intellectual Resources in Vietnam Veterans: PTSD and No Disorder Comparisons", *Neuropsychology* 16, no. 1 (2002): 5.

٣٦٨ في دراسة تصوير عصبي، قام الأشخاص المصابون باضطراب كرب ما بعد الصدمة بتعطيل منطقة الكلام في دماغهم، منطقة «بروكا»، استجابةً لكلمات محايدة. بمعنى آخر: إن انخفاض أداء منطقة «بروكا» الذي وجدناه في مرضى اضطراب كرب ما بعد الصدمة (يُنظر الفصل الثالث) لم يحدث فقط استجابة لذكريات صادمة؛ حدث ذلك أيضًا عندما طُلب منهم الانتباه إلى كلمات محايدة. يعني هذا أن المرضى المصابين بصدمات، كمجموعة، يواجهون صعوبة أكبر في التعبير عما يشعرون به والتفكير في الأحداث العادية. كانت مجموعة مصابة باضطراب كرب ما بعد الصدمة أيضًا قللت من تنشيط قشرة الفص الجبهي الإنسي، وهي منطقة الفص الجبهي التي كما رأينا تنقل الإدراك الذاتي وتثبط تنشيط اللوزة الدماغية، كاشف الدخان. جعل هذا من الصعب عليهم قمع استجابة خوف الدماغ استجابةً لمهمة لغوية بسيطة، ومرة أخرى، جعل من الصعب عليهم الانتباه والاستمرار في حياتهم. يُنظر:

K. A. Moores, C. R. Clark, A. C. McFarlane, G. C. Brown, A. Puce, and D. J. Taylor, "Abnormal Recruitment of Working Memory Updating Networks During Maintenance of Trauma-neutral Information in Post-traumatic Stress Disorder", *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 163(2), 156-170.

369 J. Breuer and S. Freud, "The Physical Mechanisms of Hysterical Phenomena", in *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (London: Hogarth Press, 1893).
370 D. L. Schacter, *Searching for Memory* (New York: Basic Books, 1996).

الفصل الخامس عشر: تجاوز الماضي: «إزالة التحسس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين»

371 F. Shapiro, *EMDR: The Breakthrough Eye Movement Therapy for Overcoming Anxiety, Stress, and Trauma* (New York: Basic Books, 2004).
372 B. A. van der Kolk, et al., "A Randomized Clinical Trial of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Fluoxetine, and Pill Placebo in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: Treatment Effects and Long-Term Maintenance", *Journal of Clinical Psychiatry* 68, no. 1 (2007): 37-46.
373 J. G. Carlson, et al., "Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EDMR) Treatment for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder", *Journal of Traumatic Stress* 11, no. 1 (1998): 3-24.
374 B. A. van der Kolk and C. P. Ducey, "The Psychological Processing of Traumatic Experience: Rorschach Patterns in PTSD", *Journal of Traumatic Stress* 2, no. 3 (1989): 259-74.
375 M. Jouvet, *The Paradox of Sleep: The Story of Dreaming*, trans. Laurence Garey (Cambridge, MA: MIT Press, 1999).
376 R. Greenwald, "Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): A New Kind of Dreamwork?" *Dreaming* 5, no. 1 (1995): 51-55.
377 R. Cartwright, et al., "REM Sleep Reduction, Mood Regulation and Remission in Untreated Depression", *Psychiatry Research* 121, no. 2 (2003): 159-67.

يُنظر أيضًا:

R. Cartwright, et al., "Role of REM Sleep and Dream Affect in Overnight Mood Regulation: A Study of Normal Volunteers", *Psychiatry Research* 81, no. 1 (1998): 1-8.
378 R. Greenberg, C. A. Pearlman, and D. Gampel, "War Neuroses and the Adaptive Function of REM Sleep", *British Journal of Medical Psychology* 45, no. 1 (1972): 27- 33.

وجد رامون جرينبيرج وتشيستر بيرلمان، بالإضافة إلى مختبرنا، أن قدامى المحاربين المصابين بصدمات يستيقظون بمجرد دخولهم فترة «حركة العين السريعة». في حين

أن العديد من الأفراد المصابين بصدمات يستخدمون الكحول لمساعدتهم على النوم، فإنهم بذلك يحمون أنفسهم من الفوائد الكاملة للحلم (إدماج الذكرى وتحويلها)، وبالتالي قد يُسهمون في منع حل اضطراب كرب ما بعد الصدمة عندهم.

379 B. van der Kolk, et al., "Nightmares and Trauma: A Comparison of Nightmares After Combat with Lifelong Nightmares in Veterans", *American Journal of Psychiatry* 141, no. 2 (1984): 187-90.

380 N. Breslau, et al., "Sleep Disturbance and Psychiatric Disorders: A Longitudinal Epidemiological Study of Young Adults", *Biological Psychiatry* 39, no. 6 (1996): 411-18.

381 R. Stickgold, et al., "Sleep-Induced Changes in Associative Memory", *Journal of Cognitive Neuroscience* 11, no. 2 (1999): 182-93.

يُنظر أيضًا:

R. Stickgold, "Of Sleep, Memories and Trauma", *Nature Neuroscience* 10, no. 5 (2007): 540-42; and B. Rasch, et al., "Odor Cues During Slow-Wave Sleep Prompt Declarative Memory Consolidation", *Science* 315, no. 5817 (2007): 1426-29.

382 E. J. Wamsley, et al., "Dreaming of a Learning Task Is Associated with Enhanced Sleep-Dependent Memory Consolidation", *Current Biology* 20, no. 9 (May 11, 2010): 850-55.

383 R. Stickgold, "Sleep-Dependent Memory Consolidation", *Nature* 437 (2005): 1272-78.

384 R. Stickgold, et al., "Sleep-Induced Changes in Associative Memory", *Journal of Cognitive Neuroscience* 11, no. 2 (1999): 182-93.

385 J. Williams, et al., "Bizarreness in Dreams and Fantasies: Implications for the Activation-Synthesis Hypothesis", *Consciousness and Cognition* 1, no. 2 (1992): 172-85.

يُنظر أيضًا:

Stickgold, et al., "Sleep-Induced Changes in Associative Memory".

386 M. P. Walker, et al., "Cognitive Flexibility Across the Sleep-Wake Cycle: REMSleep Enhancement of Anagram Problem Solving", *Cognitive Brain Research* 14 (2002): 317-24.

387 R. Stickgold, "EMDR: A Putative Neurobiological Mechanism of Action", *Journal of Clinical Psychology* 58 (2002): 61-75.

٣٨٨ هناك العديد من الدراسات حول كيفية مساعدة حركات العين في معالجة الذكريات الصادمة وتحويلها.

M. Sack, et al., "Alterations in Autonomic Tone During Trauma Exposure

Using Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)—Results of a Preliminary Investigation", *Journal of Anxiety Disorders* 22, no. 7 (2008): 1264-71; B. Letizia, F. Andrea, and C. Paolo, "Neuroanatomical Changes After Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Treatment in Posttraumatic Stress Disorder", *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 19, no. 4 (2007): 475-76; P. Levin, S. Lazrove, and B. van der Kolk, "What Psychological Testing and Neuroimaging Tell Us About the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder by Eye Movement Desensitization and Reprocessing", *Journal of Anxiety Disorders* 13, nos. 1-2, 159-72; M. L. Harper, T. Rasolkhani Kalhorn, J. F. Drozd, "On the Neural Basis of EMDR Therapy: Insights from Qeeg Studies", *Traumatology* 15, no. 2 (2009): 81-95; K. Lansing, D. G. Amen, C. Hanks, and L. Rudy, "High-Resolution Brain SPECT Imaging and Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Police Officers with PTSD", *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 17, no. 4 (2005): 526-32; T. Ohtani, K. Matsuo, K. Kasai, T. Kato, and N. Kato, "Hemodynamic Responses of Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Posttraumatic Stress Disorder", *Neuroscience Research* 65, no. 4 (2009): 375-83; M. Pagani, G. Högberg, D. Salmaso, D. Nardo, Ö. Sundin, C. Jonsson, and T. Hällström, "Effects of EMDR Psychotherapy on 99mtc-HMPAO Distribution in Occupation-Related Post-Traumatic Stress Disorder", *Nuclear Medicine Communications* 28 (2007): 757-65; H. P. Söndergaard and U. Elofsson, "Psychophysiological Studies of EMDR", *Journal of EMDR Practice and Research* 2, no. 4 (2008): 282-88.

الفصل السادس عشر، أن تتعلم سُكنى جسمك، «اليوجا»

٣٨٩ يمارس الوخز بالإبر والعلاج بالإبر على نطاق واسع بين الأطباء المهتمين بالصدمات وقد بدأت دراستهما بشكل منهجي كعلاجات لاضطراب كرب ما بعد الصدمة السريري.

M. Hollifield, et al., "Acupuncture for Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Controlled Pilot Trial", *Journal of Nervous and Mental Disease* 195, no. 6 (2007): 504-13.

تشير الدراسات التي تستخدم «التصوير بالرنين المغناطيسي الوظيفي» لقياس آثار الوخز بالإبر في مناطق الدماغ المرتبطة بالخوف إلى أن الوخز بالإبر ينتج تنظيمًا سريعًا لمناطق الدماغ هذه.

K. K. Hui, et al., "The Integrated Response of the Human Cerebro-

Cerebellar and Limbic Systems to Acupuncture Stimulation at ST 36 as Evidenced by fMRI", *NeuroImage* 27 (2005): 479-96; J. Fang, et al., "The Salient Characteristics of the Central Effects of Acupuncture Needling: LimbicParalimbic-Neocortical Network Modulation", *Human Brain Mapping* 30 (2009): 1196-206; D. Feinstein, "Rapid Treatment of PTSD: Why Psychological Exposure with Acupoint Tapping May Be Effective", *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 47, no. 3 (2010): 385-402; D. Church, et al., "Psychological Trauma Symptom Improvement in Veterans Using EFT (Emotional Freedom Technique): A Randomized Controlled Trial", *Journal of Nervous and Mental Disease* 201 (2013): 153-60; D. Church, G. Yount, and A. J. Brooks, "The Effect of Emotional Freedom Techniques (EFT) on Stress Biochemistry: A Randomized Controlled Trial", Journal of Nervous and Mental Disease 200 (2012): 891-96; R. P. Dhond, N. Kettner, and V. Napadow, "Neuroimaging Acupuncture Effects in the Human Brain", *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 13 (2007): 603-16; K. K. Hui, et al., "Acupuncture Modulates the Limbic System and Subcortical Gray Structures of the Human Brain: Evidence from fMRI Studies in Normal Subjects", *Human Brain Mapping* 9 (2000): 13-25.

390 M. Sack, J. W. Hopper, and F. Lamprecht, "Low Respiratory Sinus Arrhythmia and Prolonged Psychophysiological Arousal in Posttraumatic Stress Disorder: Heart Rate Dynamics and Individual Differences in Arousal Regulation", *Biological Psychiatry* 55, no. 3 (2004): 284-90.

يُنظر أيضًا:

H. Cohen, et al., "Analysis of Heart Rate Variability in Posttraumatic Stress Disorder Patients in Response to a TraumaRelated Reminder", *Biological Psychiatry* 44, no. 10 (1998): 1054-59; H. Cohen, et al., "Long-Lasting Behavioral Effects of Juvenile Trauma in an Animal Model of PTSD Associated with a Failure of the Autonomic Nervous System to Recover", *European Neuropsychopharmacology* 17, no. 6 (2007): 464-77; and H. Wahbeh and B. S. Oken, "Peak High-Frequency HRV and Peak Alpha Frequency Higher in PTSD", *Applied Psychophysiology and Biofeedback* 38, no. 1 (2013): 57-69.

391 J. W. Hopper, et al., "Preliminary Evidence of Parasympathetic Influence on Basal Heart Rate in Posttraumatic Stress Disorder", *Journal of Psychosomatic Research* 60, no. 1 (2006): 83-90.

٣٩٢ تجارب آريه شاليف في كلية طب هداسا في القدس وروجر بيتمان في هارفارد أشارت أيضًا إلى هذا الاتجاه:

A. Y. Shalev, et al., "Auditory Startle Response in Trauma Survivors with Posttraumatic Stress Disorder: A Prospective Study", *American Journal of Psychiatry* 157, no. 2 (2000): 255-61; R. K. Pitman, et al., "Psychophysiologic Assessment of Posttraumatic Stress Disorder Imagery in Vietnam Combat Veterans", *Archives of General Psychiatry* 44, no. 11 (1987): 970-75; A. Y. Shalev, et al., "A Prospective Study of Heart Rate Response Following Trauma and the Subsequent Development of Posttraumatic Stress Disorder", *Archives of General Psychiatry* 55, no. 6 (1998): 553-59.

393 P. Lehrer, Y. Sasaki, and Y. Saito, "Zazen and Cardiac Variability", *Psychosomatic Medicine* 61, no. 6 (1999): 812-21.

يُنظر أيضًا:

R. Sovik, "The Science of Breathing: The Yogic View", *Progress in Brain Research* 122 (1999): 491-505; P. Philippot, G. Chapelle, and S. Blairy, "Respiratory Feedback in the Generation of Emotion", *Cognition & Emotion* 16, no. 5 (2002): 605-27; A. Michalsen, et al., "Rapid Stress Reduction and Anxiolysis Among Distressed Women as a Consequence of a Three-Month Intensive Yoga Program", *Medcal Science Monitor* 11, no. 12 (2005): 555-61; G. Kirkwood, et al., "Yoga for Anxiety: A Systematic Review of the Research Evidence", *British Journal of Sports Medicine* 39 (2005): 884-91; K. Pilkington, et al., "Yoga for Depression: The Research Evidence", *Journal of Affective Disorders* 89 (2005): 13-24; and P. Gerbarg and R. Brown, "Yoga: A Breath of Relief for Hurricane Katrina Refugees", *Current Psychiatry* 4 (2005): 55-67.

394 B. Cuthbert, et al., "Strategies of Arousal Control: Biofeedback, Meditation, and Motivation", *Journal of Experimental Psychology* 110 (1981): 518-46.

يُنظر أيضًا:

S. B. S. Khalsa, "Yoga as a Therapeutic Intervention: A Bibliometric Analysis of Published Research Studies", *Indian Journal of Physiology and Pharmacology* 48 (2004): 269-85; M. M. Delmonte, "Meditation as a Clinical Intervention Strategy: A Brief Review", *International Journal of Psychosomatics* 33 (1986): 9-12; I. Becker, "Uses of Yoga in Psychiatry and Medicine", in *Complementary and Alternative Medicine and Psychiatry*, vol. 19, ed. P. R. Muskin (Washington, DC: American Psychiatric Press,

2008); L. Bernardi, et al., "Slow Breathing Reduces Chemoreflex Response to Hypoxia and Hypercapnia, and Increases Baroreflex Sensitivity", *Journal of Hypertension* 19, no. 12 (2001): 2221-29; R. P. Brown and P. L. Gerbarg, "Sudarshan Kriya Yogic Breathing in the Treatment of Stress, Anxiety, and Depression: Part I: Neurophysiologic Model", *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 11 (2005): 189-201; R. P. Brown and P. L. Gerbarg, "Sudarshan Kriya Yogic Breathing in the Treatment of Stress, Anxiety, and Depression: Part II: Clinical Applications and Guidelines", *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 11 (2005): 711-17; C. C. Streeter, et al., "Yoga Asana Sessions Increase Brain GABA Levels: A Pilot Study", *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 13 (2007): 419-26; and C. C. Streeter, et al., "Effects of Yoga Versus Walking on Mood, Anxiety, and Brain GABA Levels: A Randomized Controlled MRS Study", *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 16 (2010): 1145-52.

٣٩٥ هناك العشرات من المقالات العلمية التي توضح التأثير الإيجابي لـ«اليوجا» في مختلف الحالات الطبية. فيما يلي عينة صغيرة:

S. B. Khalsa, "Yoga as a Therapeutic Intervention"; P. Grossman, et al., "Mindfulness-Based Stress Reduction and Health Benefits: A Meta-Analysis", *Journal of Psychosomatic Research* 57 (2004): 35-43; K. Sherman, et al., "Comparing Yoga, Exercise, and a Self-Care Book for Chronic Low Back Pain: A Randomized, Controlled Trial", *Annals of Internal Medicine* 143 (2005): 849-56; K. A. Williams, et al., "Effect of Iyengar Yoga Therapy for Chronic Low Back Pain", *Pain* 115 (2005): 107-17; R. B. Saper, et al., "Yoga for Chronic Low Back Pain in a Predominantly Minority Population: A Pilot Randomized Controlled Trial", *Alternative Therapies in Health and Medicine* 15 (2009): 18-27; J. W. Carson, et al., "Yoga for Women with Metastatic Breast Cancer: Results from a Pilot Study", *Journal of Pain and Symptom Management* 33 (2007): 331-41.

396 B. A. van der Kolk, et al., "Yoga as an Adjunctive Therapy for PTSD", *Journal of Clinical Psychiatry* 75, no. 6 (June 2014): 559-65.

٣٩٧ طورت شركة «هارت ماث» في كاليفورنيا أجهزة وألعاب كمبيوتر أنيقة ممتعة وفعَّالة في مساعدة الأشخاص على تحقيق معدل ضربات قلب أفضل. حتى الآن لم يدرس أحد ما إذا كانت أجهزة بسيطة مثل تلك التي طورتها «هارت ماث» يمكن أن تقلل من أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة، ولكن هذه هي الحال على الأرجح. يُنظر:

www.heartmath.org.

٣٩٨ حتى كتابة هذه السطور، هناك أربعة وعشرون تطبيقًا متاحًا على «آي تيونز» تدعي أنها قادرة على المساعدة في زيادة «تقلب معدل ضربات القلب»، مثل:

emWave, HeartMath, and GPS4Soul.

399 B. A. van der Kolk, "Clinical Implications of Neuroscience Research in PTSD", *Annals of the New York Academy of Sciences* 1071, no. 1 (2006): 277-93.

400 S. Telles, et al., "Alterations of Auditory Middle Latency Evoked Potentials During Yogic Consciously Regulated Breathing and Attentive State of Mind", *International Journal of Psychophysiology* 14, no. 3 (1993): 189-98.

يُنظر أيضًا:

P. L. Gerbarg, "Yoga and Neuro-Psychoanalysis", in *Bodies in Treatment: The Unspoken Dimension, ed. Frances Sommer Anderson* (New York: Analytic Press, 2008), 127-50.

401 D. Emerson and E. Hopper, *Overcoming Trauma Through Yoga: Reclaiming Your Body* (Berkeley, CA: North Atlantic Books, 2011).

402 A. Damasio, *The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness* (New York: Harcourt, 1999).

٤٠٣ «الحس الداخلي» هو الاسم العلمي لهذه القدرة الأساسية لاستشعار الذات. أظهرت دراسات التصوير الدماغي للأشخاص المصابين بصدمات مرارًا وتكرارًا وجود مشكلات في مناطق الدماغ المرتبطة بالوعي الذاتي الجسدي، ولا سيما منطقة تسمى الفص الجزيري.

J. W. Hopper, et al., "Neural Correlates of Reexperiencing, Avoidance, and Dissociation in PTSD: Symptom Dimensions and Emotion Dysregulation in Responses to Script-Driven Trauma Imagery", *Journal of Traumatic Stress* 20, no. 5 (2007): 713-25.

يُنظر أيضًا:

I. A. Strigo, et al., "Neural Correlates of Altered Pain Response in Women with Posttraumatic Stress Disorder from Intimate Partner Violence", *Biological Psychiatry* 68, no. 5 (2010): 442-50; G. A. Fonzo, et al., "Exaggerated and Disconnected Insular-Amygdalar Blood Oxygenation LevelDependent Response to Threat-Related Emotional Faces in Women with IntimatePartner Violence Posttraumatic Stress Disorder", *Biological Psychiatry* 68, no. 5 (2010): 433-41; P. A. Frewen, et al., "Social Emotions and Emotional Valence During Imagery in Women with PTSD: Affective and Neural Correlates", *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* 2, no. 2

(2010): 145-57; K. Felmingham, et al., "Dissociative Responses to Conscious and Non-conscious Fear Impact Underlying Brain Function in Post-traumatic Stress Disorder", *Psychological Medicine* 38, no. 12 (2008): 1771-80; A. N. Simmons, et al., "Functional Activation and Neural Networks in Women with Posttraumatic Stress Disorder Related to Intimate Partner Violence", *Biological Psychiatry* 64, no. 8 (2008): 681-90; R. J. L. Lindauer, et al., "Effects of Psychotherapy on Regional Cerebral Blood Flow During Trauma Imagery in Patients with Post-traumatic Stress Disorder: A Randomized Clinical Trial", *Psychological Medicine* 38, no. 4 (2008): 543-54 and A. Etkin and T. D. Wager, "Functional Neuroimaging of Anxiety: A Meta-Analysis of Emotional Processing in PTSD, Social Anxiety Disorder, and Specific Phobia", *American Journal of Psychiatry* 164, no. 10 (2007): 1476-88.

404 J. C. Nemiah and P. E. Sifneos, "Psychosomatic Illness: A Problem in Communication", *Psychotherapy and Psychosomatics* 18, no. 1-6 (1970): 154-60.

يُنظر أيضًا:

G. J. Taylor, R. M. Bagby, and J. D. A. Parker, *Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness* (Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1997).

405 A. R. Damasio, *The Feeling of What Happens: Body and Emotion and the Making of Consciousness* (New York: Random House, 2000), 28.

406 B. A. van der Kolk, "Clinical Implications of Neuroscience Research in PTSD", *Annals of the New York Academy of Sciences* 1071, no. 1 (2006): 277-93.

يُنظر أيضًا:

B. K. Hölzel, et al., "How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action from a Conceptual and Neural Perspective", *Perspectives on Psychological Science* 6, no. 6 (2011): 537-59.

407 B. K. Hölzel, et al., "Mindfulness Practice Leads to Increases in Regional Brain Gray Matter Density", *Psychiatry Research: Neuroimaging* 191, no. 1 (2011): 36-43.

يُنظر أيضًا:

B. K. Hölzel, et al., "Stress Reduction Correlates with Structural Changes in the Amygdala", *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 5, no. 1 (2010): 11- 17; and S. W. Lazar, et al., "Meditation Experience Is Associated with Increased Cortical Thickness", *NeuroReport* 16 (2005): 1893-97.

408 R. A. Goulding and R. C. Schwartz, *The Mosaic Mind: Empowering the Tormented Selves of Child Abuse Survivors* (New York: Norton, 1995), 4.

409 J. G. Watkins and H. H. Watkins, *Ego States* (New York: Norton, 1997).

يسمِّي يونج أجزاء الشخصية النماذج والعُقَد؛ مخططات علم النفس الإدراكي وأدبيات «اضطراب الهوية الانفصامية» تشير إليها على أنها متبدِّلات. يُنظر أيضًا:

J. G. Watkins and H. H. Watkins, "Theory and Practice of Ego State Therapy: A Short-Term Therapeutic Approach", *Short-Term Approaches to Psychotherapy* 3 (1979): 176-220; J. G. Watkins and H. H. Watkins, "Ego States and Hidden Observers", *Journal of Altered States of Consciousness* 5, no. 1 (1979): 3-18; and C. G. Jung, *Lectures: Psychology and Religion* (New Haven, CT: Yale University Press, 1960).

410 W. James, *The Principles of Psychology* (New York: Holt, 1890), 206.

411 C. Jung, *Collected Works, vol. 9, The Archetypes and the Collective Unconscious* (Princeton, NJ: Princeton University Press, 1955/1968), 330.

412 C. Jung, *Collected Works, vol. 10, Civilization in Transition* (Princeton, NJ: Princeton University Press, 1957/1964), 540.

413 Ibid., 133.

414 M. S. Gazzaniga, *The Social Brain: Discovering the Networks of the Mind* (New York: Basic Books, 1985), 90.

415 Ibid., 356.

416 M. Minsky, *The Society of Mind* (New York: Simon & Schuster, 1988), 51.

417 Goulding and Schwartz, *Mosaic Mind*, 290.

418 O. van der Hart, E. R. Nijenhuis, and K. Steele, *The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization* (New York: W. W. Norton, 2006); R. P. Kluft, *Shelter from the Storm* (self-published, 2013).

419 R. Schwartz, Internal Family Systems Therapy (New York: Guilford Press, 1995).

420 Ibid., p. 34.

421 Ibid., p. 19.

422 Goulding and Schwartz, *Mosaic Mind*, 63.

٤٢٣ يوضح ج. ج. واتكينز، ١٩٩٧، هذا كمثال على البحث عن الطابع الشخصي للاكتئاب: «نحتاج إلى معرفة ما يكون عليه المعنى التخيلي للاكتئاب ومن ـ أي شخصية ـ يعاني منه».

٤٢٤ ريتشارد شوارتز، تواصل شخصي.
425 Goulding and Schwartz, *Mosaic Mind*, 33.
426 A. W. Evers, et al., "Tailored Cognitive-Behavioral Therapy in Early Rheumatoid Arthritis for Patients at Risk: A Randomized Controlled Trial", *Pain* 100, no. 1-2 (2002): 141- 53; E. K. Pradhan, et al., "Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction in Rheumatoid Arthritis Patients", *Arthritis & Rheumatology* 57, no. 7 (2007): p. 1134-42; J. M. Smyth, et al., "Effects of Writing About Stressful Experiences on Symptom Reduction in Patients with Asthma or Rheumatoid Arthritis: A Randomized Trial", *JAMA* 281, no. 14 (1999): 1304-9; L. Sharpe, et al., "Long-Term Efficacy of a Cognitive Behavioural Treatment from a Randomized Controlled Trial for Patients Recently Diagnosed with Rheumatoid Arthritis", *Rheumatology* (Oxford) 42, no. 3 (2003): 435-41; H. A. Zangi, et al., "A Mindfulness-Based Group Intervention to Reduce Psychological Distress and Fatigue in Patients with Inflammatory Rheumatic Joint Diseases: A Randomised Controlled Trial", *Annals of the Rheumatic Diseases* 71, no. 6 (2012): 911-17.

الفصل الثامن عشر: سد الثقوب، إنشاء البِنى

427 Pesso Boyden System Psychomotor.

يُنظر:

http://pbsp.com.
428 D. Goleman, *Social Intelligence: The New Science of Human Relationships* (New York: Random House Digital, 2006).
429 A. Pesso, "PBSP: Pesso Boyden System Psychomotor", in *Getting in Touch: A Guide to Body-Centered Therapies, ed. S. Caldwell* (Wheaton, IL: Theosophical Publishing House, 1997); A. Pesso, *Movement in Psychotherapy: Psychomotor Techniques and Training* (New York: New York University Press, 1969); A. Pesso, *Experience in Action: A Psychomotor Psychology* (New York: New York University Press, 1973); A. Pesso and J. Crandell, eds., *Moving Psychotherapy: Theory and Application of Pesso System/Psychomotor* (Cambridge, MA: Brookline Books, 1991); M. Scarf, *Secrets, Lies, and Betrayals* (New York: Ballantine Books, 2005); M. van Attekum, *Aan Den Lijve* (Netherlands: Pearson Assessment, 2009); and A. Pesso, "The Externalized Realization of the Unconscious and the Corrective Experience", in *Handbook of Body-Psychotherapy / Handbuch*

der Körperpsychotherapie, eds. H. Weiss and G. Marlock (Stuttgart, Germany: Schattauer, 2006).

430 Luiz Pessoa and Ralph Adolphs, "Emotion Processing and the Amygdala: from a 'Low Road' to 'Many Roads' of Evaluating Biological Significance". *Nature Reviews Neuroscience* 11, no. 11 (2010): 773-83.

الفصل التاسع عشر، علم الأعصاب التطبيقي، إعادة توصيل العقل المدفوع بالخوف باستخدام تقنية تلاقي الدماغ/الكمبيوتر

431 H. H. Jasper, P. Solomon, and C. Bradley, "Electroencephalographic Analyses of Behavior Problem Children", *American Journal of Psychiatry* 95 (1938): 641-58; P. Solomon, H. H. Jasper, and C. Braley, "Studies in Behavior Problem Children", *American Neurology and Psychiatry* 38 (1937): 1350-51.

٤٣٢ أجرى مارتن تيشر من كلية الطب بجامعة هارفارد بحثًا مكثفًا يوثق تشوهات الفص الصدغي لدى البالغين الذين تعرضوا لسوء المعاملة وهم أطفال:

M. H. Teicher, et al., "The Neurobiological Consequences of Early Stress and Childhood Maltreatment", *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 27, no. 1-2 (2003): 33-44; M. H. Teicher, et al., "Early Childhood Abuse and Limbic System Ratings in Adult Psychiatric Outpatients", *Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neurosciences* 5, no. 3 (1993): 301- 6; M. H. Teicher, et al., "Sticks, Stones and Hurtful Words: Combined Effects of Childhood Maltreatment Matter Most", *American Journal of Psychiatry* (2012).

433 Sebern F. Fisher, *Neurofeedback in the Treatment of Developmental Trauma: Calming the Fear-Driven Brain* (New York: Norton, 2014).

434 J. N. Demos, *Getting Started with Neurofeedback* (New York: W. W. Norton, 2005).

يُنظر أيضًا:

R. J. Davidson, "Affective Style and Affective Disorders: Prospectives from Affective Neuroscience", *Cognition and Emotion* 12, no. 3 (1998): 307-30; and R. J. Davidson, et al., "Regional Brain Function, Emotion and Disorders of Emotion", *Current Opinion in Neurobiology* 9 (1999): 228-34.

435 J. Kamiya, "Conscious Control of Brain Waves", *Psychology Today*, April 1968, 56- 60.

يُنظر أيضًا:

D. P. Nowlis, and J. Kamiya, "The Control of Electroencephalographic Alpha Rhythms Through Auditory Feedback and the Associated Mental Activity", *Psychophysiology* 6, no. 4 (1970): 476-84; and D. Lantz and M. B. Sterman, "Neuropsychological Assessment of Subjects with Uncontrolled Epilepsy: Effects of EEG Feedback Training", *Epilepsia* 29, no. 2 (1988): 163-71.

436 M. B. Sterman, L. R. Macdonald, and R. K. Stone, "Biofeedback Training of the Sensorimotor Electroencephalogram Rhythm in Man: Effects on Epilepsy", *Epilepsia* 15, no. 3 (1974): 395-416.

أظهر تحليل استخلاصي حديث لسبع وثمانين دراسة أن الارتجاع العصبي أدى إلى انخفاض كبير في تكرار النوبات عند نحو ٨٠ في المائة من مرضى الصرع الذين تلقوا التدريب.

Gabriel Tan, et al., "Meta-Analysis of EEG Biofeedback in Treating Epilepsy", *Clinical EEG and Neuroscience* 40, no. 3 (2009): 173-79.

٤٣٧ هذا جزء من دائرة الوعي الذاتي نفسها التي وصفتها في الفصل الخامس. أظهر ألفارو باسكوال-ليون كيف أنه عندما يضرب المرء مؤقتًا المنطقة الواقعة فوق قشرة الفص الجبهي الإنسي بـ«التحفيز المغناطيسي عبر الجمجمة» (transcranial magnetic stimulation)، لا يمكن للناس بشكل مؤقت تحديد من ينظرون إليه عندما يحدقون إلى المرآة.

J. Pascual-Leone, "Mental Attention, Consciousness, and the Progressive Emergence of Wisdom", *Journal of Adult Development* 7, no. 4 (2000): 241-54.

438 http://www.eegspectrum.com/intro-to-neurofeedback/.

439 S. Rauch, et al., "Symptom Provocation Study Using Positron Emission Tomography and Script Driven Imagery", *Archives of General Psychiatry* 53 (1996): 380-87.

أظهرت ثلاث دراسات أخرى باستخدام طريقة جديدة لتصوير الدماغ، هي «تخطيط الدماغ المغناطيسي»، أن الأشخاص الذين يعانون اضطراب كرب ما بعد الصدمة يعانون زيادة تنشيط القشرة الصدغية اليمنى:

C. Catani, et al., "Pattern of Cortical Activation During Processing of Aversive Stimuli in Traumatized Survivors of War and Torture", *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 259, no. 6 (2009): 340-51; B. E. Engdahl, et al., "Post-traumatic Stress Disorder: A Right Temporal Lobe Syndrome?" *Journal of Neural Engineering* 7, no. 6 (2010): 066005; A. P. Georgopoulos, et al., "The Synchronous Neural Interactions Test as

a Functional Neuromarker for Post-traumatic Stress Disorder (PTSD): A Robust Classification Method Based on the Bootstrap", *Journal of Neural Engineering* 7, no. 1 (2010): 016011.

٤٤٠ كما قيس على «مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة الذي يديره الطبيب» (Clinician Administered PTSD Scale).

٤٤١ كما قيس من خلال «جرد جون برير للقدرات الذاتية المتغيرة» (John Briere's Inventory of Altered Self-Capacities).

٤٤٢ تنشأ إيقاعات «ألفا» الخلفية والمركزية بواسطة الشبكات القشرية المهادية؛ ويبدو أن إيقاعات «بيتا» تولدها الشبكات القشرية الموضعية؛ وإيقاع «ثيتا» الوسطي الأمامي (إيقاع «ثيتا» الصحي الوحيد في دماغ الإنسان) ينشأ افتراضيًّا بواسطة شبكة العصبونات الحاجزية الحصينية. من أجل مراجعة حديثة، يُنظر:

J. Kropotov, *Quantitative EEG, ERP's and Neurotherapy* (Amsterdam: Elsevier, 2009).

443 H. Benson, "The Relaxation Response: Its Subjective and Objective Historical Precedents and Physiology", *Trends in Neurosciences* 6 (1983): 281-84.

444 Tobias Egner and John H. Gruzelier, "Ecological Validity of Neurofeedback: Modulation of Slow Wave EEG Enhances Musical Performance", *Neuroreport* 14, no. 9 (2003): 1221-24; David J. Vernon, "Can Neurofeedback Training Enhance Performance? An Evaluation of the Evidence with Implications for Future Research", *Applied Psychophysiology and Biofeedback* 30, no. 4 (2005): 347-64.

445 "Vancouver Canucks Race to the Stanley Cup—Is It All in Their Minds?" BioMedical.com, June 2, 2011, http://bio-medical.com/news/2011/06/vancouvercanucks-race-to-the-stanley-cup-is-it-all-in-their-minds/.

446 M. Beauregard, *Brain Wars* (New York: HarperCollins, 2013), p. 33.

447 J. Gruzelier, T. Egner, and D. Vernon, "Validating the Efficacy of Neurofeedback for Optimising Performance", *Progress in Brain Research* 159 (2006): 421-31.

يُنظر أيضًا:

D. Vernon and J. Gruzelier, "Electroencephalographic Biofeedback as a Mechanism to Alter Mood, Creativity and Artistic Performance", in *Mind-Body and Relaxation Research Focus, ed. B. N. De Luca* (New York: Nova Science, 2008), 149-64.

٤٤٨ يُنظر، على سبيل المثال:

M. Arns, et al., "Efficacy of Neurofeedback Treatment in ADHD: The Effects on Inattention, Impulsivity and Hyperactivity: A Meta-Analysis", *Clinical EEG and Neuroscience* 40, no. 3 (2009): 180-89; T. Rossiter, "The Effectiveness of Neurofeedback and Stimulant Drugs in Treating AD/HD: Part I: Review of Methodological Issues", *Applied Psychophysiology and Biofeedback* 29, no. 2 (June 2004): 95-112; T. Rossiter, "The Effectiveness of Neurofeedback and Stimulant Drugs in Treating AD/HD: Part II: Replication", *Applied Psychophysiology and Biofeedback* 29, no. 4 (2004): 233-43; and L. M. Hirshberg, S. Chiu, and J. A. Frazier, "Emerging Brain-Based Interventions for Children and Adolescents: Overview and Clinical Perspective", *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 14, no. 1 (2005): 1-19.

٤٤٩ للمزيد عن «مخطط كهربية الدماغ الكمي»، يُنظر:
http://thebrainlabs.com/qeeg.shtml.

450 N. N. Boutros, M. Torello, and T. H. McGlashan, "Electrophysiological Aberrations in Borderline Personality Disorder: State of the Evidence", *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 15 (2003): 145-54.

٤٥١ في الفصل السابع عشر، رأينا مدى أهمية تنمية حالة من الملاحظة الذاتية الثابتة والهادئة، والتي يسميها علاج «أنظمة الأسرة الداخلية» حالة «الوجود في الذات». يدعي ديك شوارتز أنه بالإصرار يمكن لأي شخص تحقيق مثل هذه الحالة، وفي الواقع، رأيته يساعد أشخاصًا مصابين بصدمات على فعل ذلك بالضبط. لست ماهرًا إلى هذا الحد، ويصاب العديد من مرضاي الذين تعرضوا لصدمات شديدة بالذعر أو التباعد عندما نقترب من مواضيع مزعجة. يشعر آخرون بالخروج عن نطاق السيطرة بشكل مزمن إلى درجة يصعب معها العثور على أي إحساس دائم بـ«الذات». في معظم سياقات العلاج النفسي، يُعطى الأشخاص الذين يعانون هذه المشكلات أدوية لتثبيتها. ينجح ذلك أحيانًا، لكن يفقد العديد من المرضى الدافع والقيادة. في دراستنا العشوائية المضبوطة للارتجاع العصبي، كان لدى المرضى المصابين بصدمات مزمنة انخفاض بنسبة ٣٠ في المائة تقريبًا في أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة وتحسُّن كبير في مقاييس الأداء التنفيذي والتحكم العاطفي (فان دير كولك وآخرون، قُدِّم في عام ٢٠١٤).

٤٥٢ يحتاج الأطفال المصابون بصدمات والذين يعانون عجزًا في الاندماج الحسي إلى برامج طُوِّرت خصوصًا لتلبية احتياجاتهم. في الوقت الحالي، قادة هذا الجهد هما زميلتاي في «مركز الصدمة» إليزابيث وارنر وأديل دايموند من جامعة بريتيش كولومبيا.

453 R. J. Castillo, "Culture, Trance, and the Mind-Brain", *Anthropology of Consciousness* 6, no. 1 (March 1995): 17-34.

يُنظر أيضًا:

B. Inglis, *Trance: A Natural History of Altered States of Mind* (London: Paladin, 1990); N. F. Graffin, W. J. Ray, and R. Lundy, "EEG Concomitants of Hypnosis and Hypnotic Susceptibility", *Journal of Abnormal Psychology* 104, no. 1 (1995): 123-31; D. L. Schacter, "EEG Theta Waves and Psychological Phenomena: A Review and Analysis", *Biological Psychology* 5, no. 1 (1977): 47-82; and M. E. Sabourin, et al., "EEG Correlates of Hypnotic Susceptibility and Hypnotic Trance: Spectral Analysis and Coherence", *International Journal of Psychophysiology* 10, no. 2 (1990): 125-42. 24.

454 E. G. Peniston and P. J. Kulkosky, "Alpha-Theta Brainwave Neuro-Feedback Therapy for Vietnam Veterans with Combat-Related Post-traumatic Stress Disorder", *Medical Psychotherapy* 4 (1991): 47-60.

455 T. M. Sokhadze, R. L. Cannon, and D. L. Trudeau, "EEG Biofeedback as a Treatment for Substance Use Disorders: Review, Rating of Efficacy and Recommendations for Further Research", *Journal of Neurotherapy* 12, no. 1 (2008): 5-43.

456 R. C. Kessler, "Posttraumatic Stress Disorder: The Burden to the Individual and to Society", *Journal of Clinical Psychiatry* 61, suppl. 5 (2000): 4-14.

يُنظر أيضًا:

R. Acierno, et al., "Risk Factors for Rape, Physical Assault, and Posttraumatic Stress Disorder in Women: Examination of Differential Multivariate Relationships", *Journal of Anxiety Disorders* 13, no. 6 (1999): 541-63; and H. D. Chilcoat and N. Breslau, "Investigations of Causal Pathways Between PTSD and Drug Use Disorders", *Addictive Behaviors* 23, no. 6 (1998): 827-40.

457 S. L. Fahrion, et al., "Alterations in EEG Amplitude, Personality Factors, and Brain Electrical Mapping After Alpha-Theta Brainwave Training: A Controlled Case Study of an Alcoholic in Recovery", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 16, no. 3 (June 1992): 547-52; R. J. Goldberg, J. C. Greenwood, and Z. Taintor, "Alpha Conditioning as an Adjunct Treatment for Drug Dependence: Part 1", *International Journal of Addiction* 11, no. 6 (1976): 1085-89; R. F. Kaplan, et al., "Power and Coherence Analysis of the EEG in Hospitalized Alcoholics and Nonalcoholic Controls", *Journal of Studies on Alcohol* 46 (1985): 122-27; Y. Lamontagne et al., "Alpha and EMG Feedback Training in the Prevention of Drug Abuse: A Controlled Study",

Canadian Psychiatric Association Journal 22, no. 6 (October 1977): 301-10; Saxby and E. G. Peniston, "Alpha-Theta Brainwave Neurofeedback Training: An Effective Treatment for Male and Female Alcoholics with Depressive Symptoms", *Journal of Clinical Psychology* 51, no. 5 (1995): 685-93; W. C. Scott, et al., "Effects of an EEG Biofeedback Protocol on a Mixed Substance Abusing Population", *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 31, no. 3 (2005): 455-69; and D. L. Trudeau, "Applicability of Brain Wave Biofeedback to Substance Use Disorder in Adolescents", *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 14, no. 1 (January 2005): 125-36.

458 E. G. Peniston, "EMG Biofeedback-Assisted Desensitization Treatment for Vietnam Combat Veterans Post-traumatic Stress Disorder", *Clinical Biofeedback and Health* 9 (1986): 35-41.

459 Eugene G. Peniston and Paul J. Kulkosky, "Alpha-Theta Brainwave Neurofeedback for Vietnam Veterans with Combat-Related Post-Traumatic Stress Disorder", *Medical Psychotherapy* 4, no. 1 (1991): 47-60.

٤٦٠ أُبلغ عن نتائج مماثلة من قِبل مجموعة أخرى بعد سبع سنوات:

W. C. Scott, et al., "Effects of an EEG Biofeedback Protocol on a Mixed Substance Abusing Population", *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 31, no. 3 (2005): 455-69.

461 D. L. Trudeau, T. M. Sokhadze, and R. L. Cannon, "Neurofeedback in Alcohol and Drug Dependency", in *Introduction to Quantitative EEG and Neurofeedback: Advanced Theory and Applications*, ed. T. Budzynski, et al. (Amsterdam: Elsevier, 1999), 241-68; F. D. Arani, R. Rostami, and M. Nostratabadi, "Effectiveness of Neurofeedback Training as a Treatment for Opioid-Dependent Patients", *Clinical EEG and Neuroscience* 41, no. 3 (2010): 170-77; F. Dehghani-Arani, R. Rostami, and H. Nadali, "Neurofeedback Training for Opiate Addiction: Improvement of Mental Health and Craving", *Applied Psychophysiology and Biofeedback* 38, no. 2 (2013): 133-41; J. Luigjes, et al., "Neuromodulation as an Intervention for Addiction: Overview and Future Prospects", *Tijdschrift voor psychiatrie* 55, no. 11 (2012): 841-52.

462 B. A. van der Kolk, H. Hodgdon, M. Suvak, R. Musicaro, E. Hamlin, and J. Spinazzola, "Neurofeedback for PTSD",

قُدّمت للنشر.

H. Hodgdon, R. Musicaro, M. Suvak, E. Hamlin, J. Spinazzola, and B. A. van der Kolk, "Neurofeedback Improves Executive Functioning in PTSD".

قُدِّمت للنشر.

A. R. Polak, A. B. Witteveen, J. B. Reitsma, and M. Olff, "The Role of Executive Function in Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review". *Journal of Affective Disorders* 141 (2012) 11-21.

463 S. Othmer, "Remediating PTSD with Neurofeedback", October 11, 2011, http://hannokirk.com/files/Remediating-PTSD_10-01-11.pdf.

464 F. H. Duffy, "The State of EEG Biofeedback Therapy (EEG Operant Conditioning) in 2000: An Editor's Opinion", an editorial in *Clinical Electroencephalography* 31, no. 1 (2000): v-viii.

465 Thomas R. Insel, "Faulty Circuits", *Scientific American* 302, no. 4 (2010): 44-51.

466 T. Insel, "Transforming Diagnosis", *National Insitute of Mental Health*, Director's Blog, April 29, 2013, http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming -diagnosis.shtml.

467 Joshua W. Buckholtz and Andreas Meyer-Lindenberg, "Psychopathology and the Human Connectome: Toward a Transdiagnostic Model of Risk for Mental Illness", *Neuron* 74, no. 4 (2012): 990-1004.

468 F. Collins, "The Symphony Inside Your Brain", NIH Director's Blog, November 5, 2012, http://directorsblog.nih.gov/2012/11/05/the-symphony-inside-your-brain/.

الفصل العشرون، أن تعثر على صوتك، إيقاعات ومسرح جماعيين

469 F. Butterfield, "David Mamet Lends a Hand to Homeless Vietnam Veterans", New York Times, October 10, 1998. For more on the new shelter, http://www.nechv .org/historyatnechv.html.

470 P. Healy, "The Anguish of War for Today's Soldiers, Explored by Sophocles", New York Times, November 11, 2009. For more on Doerries's project, http://www .outsidethewirellc.com/projects/theater-of-war/overview.

471 W. H. McNeill, *Keeping Together in Time: Dance and Drill in Human History* (Cambridge, MA: Harvard University Press, 1997).

472 Plutarch, *Lives*, vol. 1 (Digireads.com, 2009), 58.

473 M. Z. Seitz, "The Singing Revolution", *New York Times*, December 14, 2007.

٤٧٤ للمزيد عن «الارتجال الحضري في بوسطن»، يُنظر:

http://www.urbanimprov.org/.

٤٧٥ يقدم موقع «تروما ستر» الإلكتروني منهجًا شاملًا يمكن تنزيله لبرنامج «الارتجال الحضري» للصف الرابع الذي يمكن أن يديره المعلمون على الصعيد الوطني.

http://www.traumacenter.org/initiatives/psychosocial.php.

٤٧٦ للمزيد عن «مشروع الإمكانية»، يُنظر:

http://the-possibility-project.org/.

٤٧٧ للمزيد عن «شكسبير في المحاكم»، يُنظر:

http://www.shakespeare.org/education/for-youth/shakespeare-courts/.

478 C. Kisiel, et al., "Evaluation of a Theater-Based Youth Violence Prevention Program for Elementary School Children", *Journal of School Violence 5*, no. 2 (2006): 19-36.

٤٧٩ كان قادة «الارتجال الحضري» و«مركز الصدمة» هم آمي آلي، دكتوراه، مارجريت بلوستين، دكتوراه، توبي ديوي، ماجستير، رون جونز، ميرل بيركنز، كيفن سميث، فيث سولواي، جوزيف سبينازولا، دكتوراه.

480 H. Epstein and T. Packer, *The Shakespeare & Company Actor Training Experience* (Lenox MA, Plunkett Lake Press, 2007); H. Epstein, *Tina Packer Builds a Theatre* (Lenox, MA: Plunkett Lake Press, 2010).



المؤلف

د. بيسيل فان دير كولك، طبيب ومؤسس والمدير الطبي لـ«مركز الصدمة» في بروكلين، ماساتشوستس. وهو أيضًا أستاذ الطب النفسي في كلية الطب بجامعة بوسطن ومدير «الشبكة الوطنية لعلاج الصدمة المعقدة». عندما لا يباشر الدكتور فان دير كولك التدريس حول العالم، فإنه يعمل ويعيش في بوسطن.

المترجم

محمد الدخاخني يكتب بالعربية والإنجليزية حول الثقافة والفن لصحف ومنصات إقليمية، ويترجم عن الإنجليزية في موضوعات متعددة. من بين ترجماته «يوميات وجيه غالي: كاتب مصري من الستينيات المتأرجحة».



يُقدِّم بيسيل فان دير كولك، الباحث الرائد وأحد أبرز الخبراء في العالم في مجال الضغط العصبي الناتج عن الصدمة النفسية، نموذجًا جديدًا جسورًا للشفاء من الصدمات.

الصدمة النفسية حقيقة من حقائق الحياة. أظهرت الدراسات أن واحدًا على الأقل من كل خمسة أشخاص يتعرض للتحرش، وواحدًا من كل أربعة ينشأ مع مدمنين، وزوجًا من كل ثلاثة أزواج يتورط في عنف جسدي. هذه الظروف تترك حتمًا آثارًا في العقول والعواطف، وفي الجسد أيضًا. ومع الأسف، كثيرًا ما يعكس المصابون بالصدمات النفسية ضغطهم العصبي على شركائهم وأطفالهم.

أمضى د. فان دير كولك أكثر من ثلاثة عقود في العمل مع الناجين من الصدمات، ونجح من خلال هذا الكتاب في تغيير فهمنا للضغط العصبي الناجم عن الصدمة النفسية، وكشف عن كيفية إعادة الضغط العصبي لترتيب أسلاك الدماغ حرفيًا - تحديدًا المناطق المخصصة للمتعة والتفاعل مع الآخرين والتحكم في النفس والثقة - وأوضح تأثير العلاجات المبتكرة، بما في ذلك الارتجاع العصبي والتأمل والصلاة واللعب واليوجا وغيرها من العلاجات، فضلًا عن تقديمه بدائل مجربة وناجحة للعقاقير والعلاج بالكلام، وطريقة التعافي واستعادة الحياة.


ISBN 978-977-86783-2-1

